VII. Jahrgang. Wien, 17. December 1893. Nr. 51.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl, halbj 5 fl, viertelj. 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

An unsere Leser!

Vom ersten Januar 1894 an soll die seit sieben Jahren bestehende

„Internationale Klinische Rundschau“

mit einem erweiterten Programm erscheinen, welches den im Titel angedeuteten internationalen Charakter des Blattes in noch höherem Grade zum Ausdruck bringen soll, als dies bisher geschah.

Zu diesem Zwecke haben wir eine Anzahl auswärtiger Autoritäten gewonnen, welche sich nicht nur an der Mitarbeiterschaft, sondern auch an der Redaction unseres Blattes betheiligen werden, und wir haben bisher Zusagen von folgenden berühmten Klinikern erhalten: **Baccelli** (Rom), **Bernheim** (Nancy), **Buchanan** (Glasgow), **Crocq** (Brüssel), **Fraser** (Edinburgh), **de Giovanni** (Padua), **Heryng** (Warschau), **Huchard** (Paris), **Ladame** (Genf), **Leichtenstern** (Köln), **Morselli** (Genua), **Murri** (Bologna), **Oertel** (München), **Rosenbach** (Breslau), **Semmola** (Neapel), **Thiry** (Brüssel).

Die genannten Kliniker werden also vom 1. Januar als Redacteure der «Internationalen Klinischen Rundschau» zeichnen, und wir werden bald Gelegenheit haben, Arbeiten aus der Feder dieser ausgezeichneten Gelehrten und solche, die aus deren Kliniken hervorgehen, als Originalien in unserem Blatte zu veröffentlichen. Es wird weiterhin das Bestreben der «Internationalen Klinischen Rundschau» sein, in ihrer «Zeitungsschau» eine wahrhaft internationale Uebersicht über die Fortschritte unserer Wissenschaft zu bieten, und ebenso in den kritischen Referaten alle beachtenswerthen Erscheinungen einer eingehenden Würdigung zu unterziehen. Die Verhandlungen in- und ausländischer Gesellschaften und Congresse sollen nach wie vor besondere Berücksichtigung finden; die Standesfragen werden von berufener Seite entsprechende Behandlung erfahren. Die grosse Anzahl trefflicher Referenten, welche wir im Laufe der letzten Jahre zu gewinnen so glücklich waren, im Vereine mit den hervorragenden Autoritäten, welche vom 1. Januar 1894 an einen Theil ihrer Kraft unserem Blatte widmen wollen, wird es uns ermöglichen, die «Internationale Klinische Rundschau» zu einem Journale zu gestalten, welches, ganz abgesehen von seinem selbstständigen Werthe, auch neben jedem anderen Blatt gerade durch die Eigenart seiner Bestrebungen und sienen vorwiegend internationalen Charakter, als eine geradezu nothwendige Ergänzung wird gelten müssen.

Für die Redaction
der
„Internationalen Klinischen Rundschau“
Dr. Arthur Schnitzler.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Von den systemisirten Wahnideen.

Ein klinischer Vortrag.

Von

Prof. Dr. Magnan in Paris.*)

Die grosse Anzahl von an systemisirtem Wahnsinn leidenden Kranken, die sich in diesem Jahre in unserer Klinik befinden, gibt uns Anlass, um uns eine deutliche Vorstellung der verschiedenen systemisirten Wahnideen zu machen und ihnen jenen Platz zuzuweisen, der ihnen unter den verschiedenartigen Psychosen zukommt.

Bevor wir jedoch zum Studium der verschiedenen Modalitäten übergehen, die sich uns darbieten können, muss ich Sie daran erinnern, was man unter systemisirtem Wahnsinn zu verstehen hat.

Man bezeichnet in der Pathologie des Geistes unter diesem Namen jene Wahnideen, die stets in dem gleichen Sinne sich manifestiren und nach demselben Zwecke hinzielen: wenn sie von Hallucinationen begleitet sind, so erfolgen diese in demselben Sinne, wie die Wahnidee selbst. Beispiele: Verfolgungswahn, Grössenwahn, religiöser Wahnsinn etc.

Das Studium dieser verschiedenen Wahnsinnsarten und ihrer Variationen ist complicirter als man dies glauben könnte. In der That, wenn auch der Symptomencomplex des Verfolgungswahns, des Grössenwahns, des mystischen Wahns leicht zu erkennen ist, so ist doch zuweilen nichts schwieriger als dessen wahre Natur festzustellen d. i. dessen pathologischen Typus zu bestimmen und daher eine richtige und vollständige Diagnose zu stellen. Eine solche Diagnose ist aber umso nothwendiger, als sie gleichzeitig die Prognose bedingt — Prognose, die unendlich variirt je nach den Bedingungen, unter welchen die Krankheitssymptome sich entwickeln. Es ist oft von der grössten Bedeutung, diese Prognose in der Psychiatrie unverzüglich feststellen zu können.

Unter welchen Verhältnissen vollzieht sich in der Regel das Einschreiten des Irrenarztes? Wird er zu einer Familie geholt, so erzählt man ihm, dass z. B. der Kranke, um dessentwillen man ihn gerufen, äusserst reizbar und trübsinnig ist, dass er sich einbildet, beleidigende Worte zu hören, dass er glaubt, ohne irgend welchen Grund, man verachte ihn und man wolle ihm schaden; man fügt selbst hinzu, dass er an Verfolgungswahn leide. Der Arzt fragt den Kranken aus, und er constatirt seinerseits, dass derselbe Hallucinationen und Verfolgungs-Wahnideen hat: der Symptomenkomplex des Verfolgungswahn ist demnach deutlich ausgesprochen.

Diese Constatirung genügt aber lange nicht dem Arzte, um in hinreichender Weise die zahlreichen Fragen zu beantworten, die von der geänstigten Familie nothwendigerweise an ihn gestellt: Wird es lange dauern? Wird der Kranke gesund werden? Und diese Fragen muss man umsomehr beantworten können, als Interessen vieler Art mit denselben verknüpft sind.

Hier beginnen die Schwierigkeiten: manchmal sind diese sogar sehr gross. Die an Verfolgungswahn leidenden Hallucinirten, die wir weiter als Beispiel wählen wollen, können von einander stark abweichende Kranke sein und die Prognose kann gewissermassen ins Unendliche variiren.

Der eine dieser Kranken kann binnen wenigen Wochen, sogar im Laufe einiger Tage geheilt sein; ein anderer wird erst nach mehreren Monaten genesen; ein dritter wird ebenfalls heilbar sein, aber bei diesem werden Recidiven fast sicher eintreten; ein vierter wird seiner Wahnideen los werden, sind aber diese verschwunden, so wird eine noch schwerere Affection zurückbleiben, die manchmal durch die Wahnideen maskirt war; ein fünfter endlich wird ungeheilt bleiben: er ist in die ewige Finsterniss eingetreten, von welcher er täglich mehr und mehr erfasst werden wird.

*) Nach dem «Bull. Médical», 29. November 1893. Ins Deutsche übertragen von A. Del Torre.

Es ist also sehr nothwendig, diese verschiedenen Wahnideen von einander zu unterscheiden, und man muss, um die von der Familie gestellten Fragen zu beantworten, sie mit Sicherheit in jene pathologische Species unterbringen können, zu welcher eine jede von ihnen gehört.

Um Sie in den Stand zu setzen, dieses Problem zu lösen, werden wir mitsammen die verschiedenen Fälle untersuchen, unter welchen die systemisirten Wahnideen sich darbieten können.

Ich werde in der heutigen Vorlesung zunächst diese einzelnen Fälle flüchtig durchgehen, dann werde ich schliessen mit dem Studium zweier besonderer Gruppen, deren Kenntniss als die festeste Grundlage angesehen werden kann, worauf Sie eine sichere Diagnose, eine bestimmte Prognose stützen könnten. Es sind das: das systemisirte Delirium der Degenerirten und das chronische Delirium mit systematischer Entwicklung. Diese beiden Gruppen haben zu lebhaften Controversen Anlass gegeben und deren Bestimmung ist mit nicht geringen Schwierigkeiten verbunden.

Abgesehen von den genannten zwei Gruppen kann man systemisirten Wahnideen unter folgenden Bedingungen begegnen:

Der Alkoholismus kann der Ausgangspunkt der Entwicklung einer systemisirten Wahnidee sein und zwar unter zweierlei Verhältnissen: nach der hallucinatorischen und delirirenden Periode, von der der acute oder subacute Anfall des Alkoholismus begleitet wird, kann man nicht selten bei dem Prädisponirten nicht die vollständige Beruhigung der corticalen Erregung, wohl aber die Einschränkung der sensoriellen Störung auf das Gehör beobachten — es bestehen zu dieser Zeit nur mehr Gehörshallucinationen — während das Delirium eine Reihe von quälenden Gedanken und einige Verfolgungsideen umfasst.

Beim chronischen Alkoholismus ist es auch nicht selten, Verfolgungs- manchmal auch Grössenwahnideen hervortreten zu sehen. In diesen zwei Fällen befinden wir uns thatsächlich gegenüber systemisirten Wahnideen.

Die Dauer dieser Wahnideen ist übrigens verschieden. Im Allgemeinen sind sie von kurzer Dauer, bei gewissen prädisponirten Personen jedoch können sie mehrere Monate dauern. Noch mehr, in einigen Fällen ohne vorherige Prädisposition, kann die Dauer des systemisirten Deliriums bei Alkoholikern sehr lang sein: es handelt sich alsdann um inveterirte Alkoholiker, bei welchen die Chronicität der Intoxication eine wahrhafte Prädisposition zu den Psychosen geschaffen hat.

Die Anfälle intermittirenden Irrsinns äussern sich gewöhnlich durch melancholische und maniakalische Phasen, durch zumeist diffuse Deliriumsparoxysmen. In selteneren Fällen bestehen die Anfälle aus wahren systemisirten Wahnideen.

In diesen Fällen ist die Diagnose relativ leicht: man wird diese auf Grund des Verlaufs und der Periodicität der Anfälle stellen können.

Die Epilepsie kann desgleichen von systemisirten Wahnideen begleitet werden und bei dieser Affection verdienen diese Wahnideen eine erhöhte Aufmerksamkeit. Man weiss, dass in der Folge von wiederholten epileptischen Anfällen oft Wahnideen beobachtet werden. Diese, wiewohl im Allgemeinen von kurzer Dauer, können indess bis zu drei Wochen dauern: es ist in der Regel ein allgemeiner maniakalischer oder melancholischer Wahnsinn; indessen sind in einigen Fällen wahrhafte systemisirte Wahnideen vorhanden.

Wenn das der Fall ist, so erscheint der Kranke vollständig intact ausserhalb der Sphäre des Gegenstandes, der den Inhalt seiner Wahnideen bildet; wenn man ihn aber sorgfältigst ausfrägt, so constatirt man, dass er in Wirklichkeit unbewusst ist. Aber das ist noch nicht Alles. Bei gewissen Epileptikern gesellt sich zum epileptischen Delirium noch ein wahrer systemisirter einfacher Wahnsinn, der nicht mehr, wie der eben erwähnte, in ein Abhängigkeitsverhältniss zu der Epilepsie steht. Es handelt sich da um eine hinzugekommene Affection der Epileptiker ist überdies ein zu Psychosen Prädisponirter.

Dies rührt von einer doppelten Erblichkeit her: von dem einem seiner Vorfahren hat er die Epilepsie geerbt, von dem anderen die Prädisposition zu Psychosen. Diese Unterscheidung ist vom Standpunkte der Prognose von grosser Wichtigkeit. In der That, ist der systemisirte Wahnsinn, der von der Epilepsie selbst abhängt, von kurzer Dauer ebenso wie der gewöhnliche epileptische Wahnsinn, wohingegen der zum epileptischen Wahnsinn hinzugekommene systemisirte Wahnsinn sehr lange dauert und in einigen Fällen den Verlauf des chronischen Wahnsinns annehmen und definitiv werden kann.

Die Hysterie kann gleichfalls in gewissen Fällen den systemisirten Wahnsinn veranlassen; dann ist aber im Allgemeinen die Diagnose sehr leicht zu stellen. Die Form dieser Wahnideen, die Coëxistenz hysterischer Stigmata beheben leicht jeglichen Zweifel.

Was die Prognose anlangt, so bietet dieselbe die gleiche Unsicherheit wie bei allen hysterischen Zufällen. Indess ist der hysterische systemisirte Wahnsinn im Allgemeinen von sehr kurzer Dauer.

Bei prädisponirten Subjecten, die mit umschriebenen Hirnläsionen behaftet sind, sieht man zuweilen Wahnsinnsanfälle sich entwickeln und manchmal sogar systemisirte Wahnideen. In diesen Fällen darf man nicht die Hirnläsion als Ursache derselben ansehen: es besteht einfach eine Coïncidenz. Was lässt sich in der That constatiren trotz des sehr häufigen Vorkommens von Herdläsionen? Man constatirt oft Gedächnissschwäche, verringerte Intelligenz, jedoch selten Wahnsinn, und wenn man die Fälle näher untersucht, bei welchen Wahnsinn beobachtet wird, so bemerkt man fast regelmässig, dass man es mit Prädisponirten zu thun hat. Die Hirnläsion wirkt also in allen diesen Fällen höchstens als veranlassende Ursache. Dabei ist noch hervorzuheben, dass die Intensität dieser Wahnideen im umgekehrten Verhältniss zu der Ausdehnung der Läsion steht. Bei einigen Kranken indess nehmen diese Wahnideen, die eine wenig ausgedehnte Hirnläsion begleiten, einen ersten Platz unter den Symptomen ein.

So hat Garnier*) über einen sehr interessanten Fall von chronischem Wahnsinn mit systematischer Entwicklung berichtet, der mit Worttaubheit und -blindheit vergesell-schaftet war.

Andererseits hat Lwoff in seiner Abhandlung «über die an circumscripte Hirnläsionen gebundenen Geistesstörungen» (1890) mehrere Beobachtungen von systemisirtem Wahnsinn bei Individuen, die mit umschriebenen Hirnläsionen behaftet waren, veröffentlicht.

Péchermann hat in seiner These «Die Psychosen des Greisenalters» (1893) mehrere Fälle von systemisirtem Wahnsinn bei alten Leuten hervorgehoben, d. h. also bei Individuen, deren Gehirn auf dem der atheromatösen Regression sich befindet. In allen diesen Fällen aber spielt die Prädisposition eine sehr bedeutende Rolle. Endlich — und das erscheint fast alsein klinisches Paradoxon — müssen wir den systemisirten Wahnsinn bei der allgemeinen Paralyse in's Auge fassen. Der Geisteszustand des Paralytikers scheint jedes Raisonnement, jede Ideen-Systemisirung absolut auszuschliessen. In der That führt die anatomische Ursache der allgemeinen Paralyse, die diffuse interstitielle Encephalitis, nicht allein eine Perturbation in den Perceptionscentren des Hirns herbei, sondern sie hebt auch die Communicationen, die Associationen zwischen diesen verschiedenen Centren auf: die Folge davon ist, dass nicht nur die Bilder unklar erscheinen, dass aber auch die Transmissionsmittel die unrichtigen sind; davon rührt die Verwirrung der Ideen und der geistige Verfall des Paralytikers her. Das ist der Fall bei der allgemeinen Paralyse gegen Ende der ersten Phase und zu Beginn der zweiten, wenn die Demenz bereits klar zu Tage liegt: jede Ideenassociation ist da unmöglich; das findet jedoch nicht zu Anfang der Krankheit und während der Remissionen statt. Unter diesen Verhältnissen kann man eben systemisirten Wahnideen begegnen.

(Fortsetzung folgt.)

*) Arch. gén. de médecine. Jänner—Februar 1889.

Arthritismus und nervöse Diathese.*)

Von

Dr. Ménélas Sakorrhaphos, Athen.

Wir haben bereits bei einer früheren Gelegenheit die Resultate, die wir bei der klinischen Untersuchung einer Reihe von Fällen von Tabes erhalten hatten, kurz mitgetheilt und hierbei den Standpunkt vertreten, dass wir die Tabes als den klinischen Ausdruck des Arthritismus betrachten, als eine den verschiedenen Organen gemeinsame Sclerose, die sich vom pathologisch-anatomischen Standpunkte in keiner Beziehung von der der anderen Organe unterscheidet.

Wir haben die Untersuchungen und die Beobachtungen der soeben gedachten Kranken fortgesetzt, von Kranken, bei denen die klinischen Erscheinungen des Arthritismus ganz ausgesprochen waren, (und diese Fälle sind durchaus nicht selten) und die überraschende Combination der arthritischen Erkrankungen mit den nervösen Krankheiten führte uns dazu anzunehmen, dass diese zwei Diathesen sich von einander keineswegs unterscheiden, dass sie eben nur bei einem und demselben Individuum oder bei einer und derselben Familie combinirt auftreten, dass aber die enge Verwandtschaft dieser beiden krankhaften Zustände, ihre Aetiologie, ihr langsamer Gang und einige klinische Erscheinungen, die man bei beiden antrifft, offenbar dieselben seien.

Diese Frage der Diathesen war und bleibt noch immer eine sehr complicirte, und der Beweis dafür liegt in den sich widersprechenden Angaben der verschiedenen Autoren über diesen Gegenstand zu allen Zeiten. In den früheren Zeiten bildeten die meisten der chonischen Krankheiten eine Diathese.

Andere Autoren hingegen hatten es versucht, die meisten dieser Krankheiten unter einer gemeinsamen Diathese zu behandeln. Während man die Syphilis, die Tuberkulose, den Krebs, die Scrophulose u. s. w. als selbstständige Diathesen betrachtete, so finden wir, dass Lugol die Scrophel als das Endziel aller Diathesen ansah. Moreau de Tours sagt, dass «alle Geisteskranken, Idioten, Scrophulösen und Rhachitiker, in Folge ihres gemeinsamen Ursprungs und in Folge gewisser physischer und moralischer Eigenschaften, wie die Kinder einer und derselben Familie, als die Zweige desselben Baumes betrachtet werden müssen.» Dieser berühmte Beobachter hatte es versucht, das zusammenzuhalten, was man mit Unrecht als verschiedene pathologische Zustände betrachtete. In der letzten Zeit constatirte Prof. Grasset die häufige Combination der Hysterie mit der Tuberkulose und betonte die diathetische Heredität (er weist dem Arthritismus den ersten Rang an) als einen sehr mächtigen Factor der Hysterie. Wir könnten noch mannigfache derartige Beispiele anführen, aber wir glauben, dass die eben genannten Fälle genügen, um darzuthun, dass diese Autoren die enge Verkettung dieser zwei Diathesen, oder richtiger gesagt, ihre Identität constatiren konnten.

Gewiss, wenn man sieht, wie sich die Hysterie mit der Tuberkulose combinirt, die Tabes mit dem Diabetes oder mit jeder anderen arthritischen Erkrankung, wenn die Wissenschaft die Beziehungen der Gicht mit den verschiedenen Neurosen oder Psychosen constatirt; ferner, wenn die arthritische Natur der meisten dieser klinischen Bilder festgestellt ist, unter denen sich Nervenkrankheiten finden, deren langsamer und progressiver Gang, — wenn nicht Momente interferiren, die wir noch zu untersuchen haben werden — an die grossen Neurosen oder Psychosen angrenzt, und wenn endlich überdies die Aetiologie dieser zwei Diathesen eine gemeinsame ist, welcher Umstand es auch bedingt, dass die Sclerose der Viscera einen Charakter

*) Aus «Le Progrès Médical» vom 21. October 1893. Wiedergegeben von Léon Leibowitz.

besitzt, der mit den systematischen Sclerosn, die man in den Nervencentren antrifft, identisch ist, so liegt kein Grund mehr dafür vor, diese zwei krankhaften Zustände als von einander unabhängig zu betrachten, sie als selbstständige Einheiten an zusehen. Der unersetzliche CHARCOT hat sich in seinen «Leçons du Mardi» über die Beziehung des Arthritismus zur nervösen Diathese wie folgt ausgedrückt: «Man kann den Arthritismus als einen Baum betrachten, dessen Hauptzweige sind: die Gicht, der Gelenksrheumatismus, gewisse Formen der Migräne, Hautaffectionen u. s. w. u. s. w. Andererseits gibt es einen «nervösen Baum», der die Hysterie, alle Kategorien der Vesanie mit hereditärer Form u. s. w. umfasst. Diese zwei Bäume gedeihen einigermassen auf demselben Boden, sie communiciren mit einander durch ihre Wurzeln und sie unterhalten derartige intime Beziehungen mit einander, dass man sich bisweilen die Frage vorlegen kann, ob es nicht derselbe Baum sei.»

Wir dürfen nicht daran vergessen, dass einige Beobachter, die Gelegenheit hatten, die zwei in Rede stehenden krankhaften Zustände, den Arthritismus einerseits und die nervöse Diathese andererseits in einer und derselben Familie Hand in Hand mit einander einhergehen zu sehen, und die sich diesen Zustand nicht zu erklären wussten, es versucht hatten, diesen pathologischen Zustand von den anderen Krankheiten zu trennen, indem sie ihm den Namen «Neuro-Arthritismus» gaben. Dieser Zustand wird somit als ein dritter Typus betrachtet. Um diese Ansicht zu formuliren, berief man sich auf das häufige Zusammentreffen des Diabetes, der Gicht und der Arterio-Sclerose — die nur der pathologische Ausdruck des Arthritismus in der Periode seiner vollen Entwicklung sind, — mit den nervösen Krankheiten. Wir müssen jedoch vor Allem bemerken, dass der Arthritiker immer, vom Beginne seiner Krankheit bis zum Ende derselben, ein Neuropathiker sei; es kommt hier nur der Umstand in Betracht, dass die schweren Nervenphänomene erst zu einer Zeit auftreten, zu der die starken Ernährungsstörungen zum Vorschein kommen. Aus diesen Gründen finden sich, unserer Ansicht nach, der Diabetes, die Gicht und die anderen Affectionen derselben Kategorie am häufigsten mit den schweren Nervenkrankheiten zusammengesellt vor. Aber selbst die Symptome, welche die erste Periode des Arthritismus charakterisiren, und die sich durch locale Spasmen, durch allgemeine Convulsionen, durch den Pruritus, durch die Urticaria, durch den spasmodischen Husten, durch die Incontinentia urinae nocturna und durch viele andere pathologische Zustände Ausdruck verleihen, — weisen alle diese Momente nicht häufig genug darauf hin, dass das betreffende Individuum hauptsächlich ein Nervensystem besitzt, das vom normalen Typus abweicht und sich durch sensitive und vaso-motorische Nervenstörungen u. s. w. bemerkbar macht? Trifft man dieselben Störungen auch nicht ausserhalb der psychischen Sphäre an? Nehmen wir folgenden Fall als Beispiel. Ein Kind wird von arthritischen Eltern geboren und trägt auch den Stempel der Heredität; man findet nun oft, dass diese kleinen Wesen, die einige Autoren mit Unrecht als hysterisch betrachten, lachen oder weinen, oder in Zorn gerathen, und zwar aus Gründen, die bei andern gesunden Kindern durchaus keine derartigen Affecte hervorzubringen im Stande gewesen sein würden. Solche Kinder sind nicht aufmerksam, sie sind zerstreut. Obgleich wir eine grosse Anzahl solcher Kinder untersucht haben, so haben wir bei denselben niemals auch nur die geringste Spur der Hysterie entdecken können.

Später, in einem mehr oder weniger vorgerückten Alter, wenn die grossen Ernährungsstörungen auftreten, i. e. alle jene Krankheiten, die Prof. BOUCHARD als den Ausfluss einer Verlangsamung in der Ernährung beschrieben hat, wenn die Arterio-Sclerose mit Lokalisation in den verschiedenen Organen zum Vorschein kommt, dann tritt auch der nervöse Ursprung des Arthritismus klarer und deutlicher zu Tage, indem die Ernährung unmittelbar vom Nervensystem abhängt. Gerade in dieser Periode, die wir gern die Periode des arthritischen Zustandes nennen möchten, treten die multiplen Nervenaffectionen auf.

Die nervöse Diathese, die unserer Ansicht nach nur die Fortsetzung des Arthritismus darstellt, des Arthritismus, der sich in der Periode der Abnahme befindet, wird von uns als solche angesehen.

(Fortsetzung folgt.)

Eine mechanische Behandlung der Phthise.

Von

Dr. Noble Smith *)

Chirurg im «All Saints' Children's Hospital» u. s. w. in Edinburgh.

(Fortsetzung und Schluss.)

Dr. SILVESTER, indem er sich eine Behandlungsmethode ausdachte, durch die man dieser Schwierigkeit bei der Behandlung der Lungenschwindsucht beikommen könnte, ersann einen Lehnstuhl, dessen Lehne hoch genug ist, damit die oberen Extremitäten des Kranken auf derselben bequem aufruhen können, und die oben eine Vorrichtung zeigt, die es dem Patienten gestattet, mit den hoch über den Kopf gehaltenen Armen verschiedene gymnastische Uebungen vorzunehmen. Dr. SILVESTER hatte noch folgende diesbezügliche Behandlungsmethode angegeben. Der Patient befindet sich in aufrechter Stellung und hält in jeder Hand eine dünne Stange, die eine Länge von ungefähr 5 Fuss hat; er hält dieselben in einer perpendiculären Stellung zu jeder Seite seines Körpers, und zwar so, dass die Stangen mit ihrem unteren Ende auf dem Boden aufruhen und sich ein wenig nach vorne von den Fersen befinden. Der Patient erhebt die Hände, umfasst die Stangen so hoch als er es bequem thun kann, so dass er dadurch bewirkt, dass das Gewicht der oberen Extremitäten von den Stangen, anstatt von ihm selbst, getragen wird.

Hierauf macht der Patient eine Expansionsbewegung mit der Brust und führt eine tiefe Inspiration in der Dauer von ungefähr zwei Secunden aus. Dr. SILVESTER bemerkt bei dieser Gelegenheit, dass die tuberkulösen Ablagerungen in den Luftzellen der Lungen in Wirklichkeit als ausserhalb des Körpers befindlich betrachtet werden müssten, und dass die tuberkulösen Massen durch den freien Zutritt von Luft zu den afficirten Theilen der Lunge eliminirt werden können, und der Stiz der Affection einer Art von Reparatur unterliegen kann, indem die Lugencavernen allmählig schumpfen und zuletzt obliteriren.

Ich betrete jetzt ein Gebiet, das meinen Zuhörern zweifellos besser bekannt ist als mir selbst, und ich kann es auch für mich nicht in Anspruch nehmen, in Ihrem Namen zu sprechen, aber ich glaube, dass ein jeder von Ihnen zugeben wird, dass, welches auch der genaue Vorgang sein mag, der bei den Vortheilen einer vollständigen Luftversorgung der Lungen in Betracht kommt, es auf jeden Fall keinem Zweifel unterliegen könne, dass diese Vortheile sehr grosse seien.

Die Resultate, die Dr. SILVESTER erzielt hatte, waren sehr anmunternd. So weit diese Behandlungsmethode in Betracht kam, schien sie von günstigen Resultaten begleitet gewesen zu sein, aber wenn auch bei der Methode Dr. SILVESTER's eine ausgiebigere Versorgung der Lungen mit Luft erzielt wurde, als man dies für's Gewöhnliche bei der Behandlung von Phthisikern erreicht hatte, so konnte doch diese Behandlungsart nothgedrungen bei einer gegebenen Gelegenheit nur für sehr kurze Zeitintervalle fortgesetzt werden. Wenn ein Patient auf einem Lehnstuhle sitzt, auf welchem der Lumbartheil seines Rückens gestützt wird, die Schultern nach hinten geschlagen sind, die Ellbogen auf sehr hohen Lehnen aufruhen, so kann der Thorax hierbei zweifellos in eine sehr günstige Lage gebracht werden, aber wie lange kann eine solche Procedur fortgesetzt werden?

So oft der Patient aus dieser bestimmten Posisition herauskommt, oder aufsteht, so fällt der Thorax in seine ur-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 48, 1893.

sprüngliche Lage zurück, und in diesem Falle ist der erwünschte Effect nicht nur für den gegebenen Moment aufgehoben, sondern es ist auch wenig Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass das Volumen des Thorax unter diesen Umständen zunimmt.

Was die Uebung an und für sich betrifft, so ist Dr. SILVESTER's Methode zweifellos eine gute und sehr dazu angethan, die Entwicklung des Thorax zu fördern, aber die Zeit, die ein Patient diesen Exercitien widmen kann, ist eine verhältnissmässig sehr geringe. Selbst, wenn der Allgemeinzustand des Patienten ein guter ist, und wenn der Patient relativ kräftig ist, so kann er nicht immer in einem Lehnstuhle sitzen und seine Uebungen vornehmen, oder mit seinen zwei Stangen fortwährend herumlaufen — wenn man auch von dem Eigenthümlichen und den Umständlichkeit bei diesen Uebungen absieht — und die Resultate, die man dabei erzielen kann, können somit nur sehr beschränkte sein.

Es ist überdies noch ein zweiter Punkt in Betracht zu ziehen, nämlich die physische Kraft des Patienten, die in Fällen von Phthise oder von drohender Phthise beträchtlich herabgesetzt ist, so sehr, dass solche Patienten im Allgemeinen ganz dazu untauglich sind, sich entsprechenden gymnastischen Uebungen zu unterziehen, welche die Entwicklung ihres Thorax fördern sollen.

Meine Behandlungsmethode, über die ich Ihnen jetzt berichten will, besteht darin, dass die Schultern nach rückwärts gezogen werden, und zwar durch weiche Schulterbänder nach einem Polster, der in der Mitte zwischen den beiden Scapulae befestigt wird, und dass die Schultern in dieser Stellung erhalten werden Es gibt viele sogenannte «Hosenträger», die heutzutage zu diesem Zwecke in den Annoncen der Zeitungen angepriesen werden, und wenn meine Methode in nichts Anderem bestünde als darin, so würde sie dieselben schweren Vorwürfe verdienen, die ich selbst gegen die sogenannten «Patent-Hosenträger» erhebe. Diese ziehen die Schultern nach rückwärts und täuschen eine Besserung vor, aber sie thun nichts dazu, um die Brust von dem Gewichte der Arme selbst zu erleichtern. Somit wird man bei genauer Untersuchung finden, dass das Volumen der Brust, wenn überhaupt, wenig vermehrt wird, während durch die erzwungene Stellung der Schultern ein solcher Zug ausgeübt wird, dass es fast sicher ist, dass die Schulter nach der einen oder der anderen Richtung eine Biegung erleiden wird. Die Hosenträger haben überdies die Tendenz, die Schultern nach unten zu ziehen und so das Gewicht zu vergrössern, welches vom Stamme getragen werden muss. Meine Methode geht dahin, den centralen Polster auf dem Niveau der Schultern zu erhalten und so bis zu einem gewissen Grade eine Stütze nach oben zu erzielen, indem ein leichter Stahlstab angebracht ist, der längs des Rückens herunterläuft, und zwar bis zum Niveau, in welchem der Patient sitzt, und dort durch ein Beckenpolster festgehalten wird. Wenn man nur dies allein thut, so findet man, dass beim Sitzen die Tendenz der Wirbelsäule, sich nach rückwärts vorzubauchen, besteht, und beim Stehen die Tendenz des Abdomens, nach vorne zu sinken, und dass so eine Art von Lordose hervorgebracht wird. Um diesen Uebelständen vorzubeugen, ist in der Mitte des Rückens ein Polster angebracht, um beim Sitzen die Vorbauchung nach hinten zu verhindern, und vor dem Abdomen befindet sich ein Gürtel, um beim Stehen das Vorfallen des Abdomens einzuschränken. Meine praktischen Erfahrungen bezüglich der Resultate dieser Behandlung sind höchst zufriedenstellender Art. Obgleich ich meine Behandlungsmethode nicht blos an Patienten, die an Phthise litten, angewandt habe, so geht doch aus den Fällen, die ich behandelt habe mit aller Klarheit hervor, dass die in Rede stehende Behandlung für solche Patienten von sehr grossem Nutzen sei.

* * *

Am 11. Mai 1886, wurde mir von Dr. CHARLES MYERS, aus Louth, ein junges, 16 Jahre altes Fräulein zugewiesen. Dieselbe war seit ihrem 4. Lebensjahre sehr zarter Constitution und hatte Masern und Dysenterie durchgemacht. Ihre Schwäche nahm während des Sommers 1885 zu und steigerte sich wieder in den ersten Monaten des Jahres 1886.

In den letzten drei Jahren hielt sie den Kopf gebeugt, die Wirbelsäule war nach hinten gekrümmt, die Brust war abgeflacht, so dass sie mit dem Abdomen eine verticale Linie bildete. Das Aussehen der Patientin war das einer phthisischen Kranken; sie war ungemein blass mit einer hectischen Röthe am Gesicht, und da mehrere Mitglieder ihrer Familie an Tuberkulose gestorben waren, so bestand die gerechtfertigte Furcht, dass die Patientin an einer ähnlichen Affection laborire. Während der letzten $2^1/_2$ Jahre litt sie beständig an catarrhalischen Zuständen und an Husten. Bei der Percussion fand ich einigen dumpfen Schall über der linken Lungenspitze. Es bestand Schmerz in der Gegend des achten, neunten und zehnten Dorsalwirbels, und der siebente Dorsalwirbel ragte bis zu einem gewissen Grade vor. Ich behandelte diese Kranke in der oben genannten Art, indem ich ihr erlaubte, so viel herumzugehen, als es ihr beliebte.

Allmälig — nach graduellen diesbezüglichen Correcturen — brachte ich die Patientin dahin, dass sie aufrecht stehen konnte, indem ich dafür Sorge trug, der Patientin niemals irgend welche Unbehaglichkeit zu verursachen. Eine grosse Erleichterung bezüglich aller Symptome konnte vom Beginne der Behandlung an constatirt werden. Nach Ablauf einer Woche war der dumpfe Percussionsschall über der linken Lungenspitze geschwunden, was eben darauf hinwies, dass die Luft nun vollen Zugang zu den Lungen hatte. Die Besserung in dem ganzen Befinden der Kranken war eine sehr rapide; der Husten hörte auf, der Schmerz im Rücken schwand, der Appetit besserte sich, und am 27. Juli — nach weniger als sechs Wochen seit Beginn der Behandlung — war ich bereits in der Lage constatiren zu können, dass kein Schmerz mehr vorhanden war, dass die Patientin besser und kräftiger aussah und einen heitern Blick hatte. In der That war die Aenderung in dem Aussehen und dem Befinden der Patientin eine sehr bemerkenswerthe. Ich sah das Mädchen in den letzten Monaten; ihr Gesundheitszustand hatte sich fortwährend gebessert; sie wurde üppig, robust und hatte eine gute Gesichtsfarbe.

Ein anderer Fall betrifft Miss. M. F., 9 Jahre alt, die mir von Dr. P. E. PARSOUS, aus Wimbledon, im September 1885, zugewiesen wurde. Sie litt mehrere Jahre lang an spasmodischem Husten und konnte nicht gerade stehen. Sie war von vielen hervorragenden Aerzten untersucht worden, aber die wahre Ursache des Hustens blieb dunkel. Die Brust jedoch war stark eingesunken, und man befürchtete Phthise. Von dem Tage an, an welchem der in Rede stehende Apparat am Mädchen angewandt wurde, begann das Kind sich wohler zu fühlen, und nach einigen Wochen war der Husten geschwunden. Ich sah das Mädchen vor ungefähr zwei Monaten und konnte constatiren, dass sich das Kind zu einem sehr schönen und kräftigen Mädchen entwickelt; ihr Gesundheitszustand ist ein vollkommener und sie macht einen ganz ausgezeichneten Eindruck.

* * *

Ich könnte noch Dutzende ähnlicher Fälle hinzufügen aber ich habe diese zwei Fälle gewählt, weil dieselben zu den ersten Fällen gehören, über die ich genaue Angaben besitze, und weil ich unlängst diese Kranken gesehen habe und somit auch über ihren jetzigen Zustand zu berichten in der Lage bin.

Wenn ich für diese neue Behandlungsmethode eintrete, so möchte ich durchaus nicht so verstanden werden, als ob ich dieselbe an Stelle anderer Massnahmen empfehlen würde. Wir kennen Alle den Werth einer Combination eines jeden Mittels, welches den Verheerungen, welche die Tuberkulose anrichtet, entgegenarbeiten soll, und es erheischt gewiss viel Mühe und Sorgfalt, wenn man in solchen Fällen das Beste für

den Kranken thun will. Aufenthalt in trockener Gebirgsluft, eine relativ milde Atmosphäre, reine Luft, sorgfältig ausgewählte Nahrung, — wahrscheinlich auch Massage — und mannigfache medicinale Mittel, sind gewiss alle nothwendig, aber ich möchte hinzufügen, dass, bevor wir die vitale Capacität der Lungen mechanisch gesteigert und die nöthigen Massregeln ergriffen haben, den Patienten in eine aufrechte Stellung zu bringen, mit gestützten Armen, ohne grössere Muskelanstrengung von Seiten derselben wir, diesen Patienten nicht die beste Chance gegeben haben, ihren Gesundheitszustand zu verbessern oder von einer Krankheit zu genesen, von der unser Land so sehr heimgesucht ist. Manche Collegen könnten noch immer die Frage aufwerfen: Warum nicht den Thorax durch körperliche Uebungen entwickeln? Ich habe diese Frage bereits beantwortet, aber ich darf wiederholen, dass eine grosse Zahl der Kranken viel zu schwach ist, um anhaltende oder systematische Uebungen ausführen zu können. Wenn dieselben stark genug sind, so können sie zweifellos solche Uebungen machen und angewiesen werden, tiefe Inspirationen zu machen, aber die so erzielten Resultate werden im Vergleiche zu denen, die man bei der mechanischen Entwicklung des Thorax erhält, unendlich klein sein. Der Effect der mechanischen Behandlung ist ein unmittelbarer, ein anhaltender und strengt den Kranken nicht an. Der Vorgang im andern Falle ist ein langsamer, unterbrochener und findet nur auf beträchtliche und im Allgemeinen schädliche Unkosten von Seiten der Muskelanstrengungen statt.

Der Apparat, der dazu nothwendig ist, damit man die in Rede stehende Behandlung vornimmt, ist ein verhältnismässig leichter und wird vom Patienten als eine grosse Stütze und Hilfe empfunden. Er interferirt in keiner Art mit der körperlichen Entwicklung, er gestattet den Muskeln die grösste Freiheit im Gebrauche derselben und wird im Allgemeinen vom Patienten wegen des Comforts, den er ihm gewährt, und wegen des directen und rapiden Erfolges, der dadurch für das allgemeine Befinden erzielt wird, sehr geschätzt.

Die Pneumonie in epidemiologischer Beziehung.

Von **Dr. A. Kühner**, Frankfurt a. Main.)

(Fortsetzung und Schluss.*)

E. Individuelle ätiologische Factoren. Unabhängig von diesen mehr oder weniger allgemeinen Einflüssen zeigt die Aetiologie der Pneumonie auch individuelle Factoren, welche sich hauptsächlich beim sporadischen Auftreten geltend machen.

a) Erkältung. Bei unbefangener Beobachtung ist die Erkältung als Ursache der Pneumonie nicht zu leugnen. Wenn man geltend macht, dass die Arbeiter, welche im Freien beschäftigt sind, weniger der Pneumonie ausgesetzt sind, als diejenigen mit sitzender Lebensweise, so ist, die Richtigkeit dieser Behauptung vorausgesetzt, einzuwenden, dass gerade die ersteren mehr abgehärtet, sich weniger leicht erkälten.

Man kann in vielen Fällen einen so innigen Zusammenhang zwischen der Einwirkung einer Erkältung und den ersten Zeichen der Pneumonie constatiren, dass sich dieses Verhältniss als causales nicht abläugnen lässt. Was die Entstehung der Pneumonie durch Mikroorganismen betrifft, so hat sich in neuester Zeit die Ueberzeugung mehr und mehr befestigt, dass dieselben selten eine Krankheit hervorrufen, wenn nicht besondere begünstigende Umstände in Mitwirkung treten und scheint die Erkältung als eine der wirksamsten betrachtet werden zu müssen. Wenn es auch schwer, durch Zahlen die Häufigkeit der Vermittelung einer Erkältungsursache festzustellen, wie Grisolle und Juergensen es versucht haben, so kann man diesen Zusammenhang für eine grosse Anzahl von Fällen nicht abweisen.

b) Sociale Zustände. Pneumonie kommt in allen Schichten der Bevölkerung vor. Man hat angegeben, dass die wohlhabenderen Klassen weniger daran leiden, als die armen, ohne hierfür den Beweis erbringen zu können, da wir das nummerische Verhältniss der Reichen zu den Armen nicht kennen. Immerhin kann man behaupten, dass Armuth, Elend die Entstehung der Pneumonie, wie aller Infectionskrankheiten begünstigt.

c) Alter. Kein Alter schützt vor der Pneumonie. Dieselbe befällt Kinder bis hinauf zum Intrauterinleben, gleichwie Greise, Heranwachsende gleichwie das reifere Alter. Aber wie schon Grisolle geltend gemacht hat, ist es schwer festzustellen in welchem numerischen Verhältniss die verschiedenen Altersklassen befallen werden. Zunächst sind die verschiedenen Altersklassen nicht gleichermassen geneigt und geeignet zur Aufnahme in das Hospital, welches über die Statistik berichtet, es ist anzuehmen, dass junge Leute von 16—25 Jahren in Ermangelung eines geeigneten Herdes häufiger ins Hospital aufgenommen werden, als nach dieser Zeitperiode. Ferner kommt hierbei in Betracht, dass, wenn es leicht ist, die Pneumonie beim Erwachsenen zu erkennen, die Diagnose beim Kind bisweilen grosse Schwierigkeiten bietet, indem die lobuläre und Bronchopneumonie zusammengeworfen werden und gleichermassen im Greisenalter, in welchem selbst spärliche Absetzungen von schweren Allgemeinerscheinungen begleitet werden.

Man muss schon unter diesen Umständen die statistischen Zahlen mit grossem Misstrauen betrachten, wenngleich aus ihnen hervorzugehen scheint, dass das Kindes- und Greisenalter am häufigsten und heftigsten von der Pneumonie befallen werden. Unter 503 Fällen hat Juergensen 313 d. h. 62% bei Kindern unter 14 Jahren gefunden, während die 190 übrigen sich derart vertheilen, dass für das reifere und Greisenalter zwei Mal so viel entfallen, als für die Jugend. Auch Wolfberg hebt die grosse Häufigkeit der Pneumonie bei Kindern hervor.

d) Geschlecht. Wenn nach der Statistik mehr Männer als Frauen befallen werden, so scheint dies auf die Art der Beschäftigung (Erkältung) sowie auf die Thatsache zurückgeführt werden zu müssen, dass in den meisten Hospitälern überhaupt mehr Männer als Frauen aufgenommen werden.

e) Constitution. Auch die Behauptung, dass mehr kräftige als schwächliche Individuen von Pneumonie befallen werden, lässt, wenn sie begründet, mancherlei Erklärung zu. Man kann im Gegentheil behaupten, dass eine kräftige Constitution gewisse Garantien bietet gegen das Befallenwerden von Pneumonie. Das endemische Vorkommen dieser Krankheit in den Gefängnissen und inmitten einer schlecht genährten Bevölkerung, ihre Häufigkeit und Schwere bei Greisen, cachektischen Personen, namentlich bei Diabetikern, Alkoholikern, ihr Ausbruch im Verlauf oder in der Reconvalescenz infectiöser Krankheiten, diese Thatsachen bezeugen, dass sie nicht von dem gewöhnlichen Gesetz abweicht, sondern umsomehr den Organismus befällt, um so schwächer derselbe und dass sie die Schwächung desselben fördert. Die gegentheilige Meinung konnte sich nur festigen zu einer Zeit, in welcher man über unvollkommene Hilfsmittel der Diagnose verfügte und nur bei kräftigen Individuen die Krankheit erkennen konnte, während man sie leicht bei Schwächlichen, Cachektischen bereits durch anderweite Erkrankungen Erschöpften verkannte, insofern die adynamischen oder fremdartigen Symptome ihre charakteristischen Kennzeichen vernichten und dem Beobachter entzogen.

f) Trauma. Traumatisch kann die Pneumonie durch penetrirende Wunden der Brustwand, Rippenfracturen und Contusionen der Lungen zu Stande kommen. Die Arbeit von Courtois und Cahen zeigt, dass die einfachste Contusion hinreicht, eine Pneumonie hervorzurufen, eine Thatsache, die Litten bestätigt. Litten hält diese Art der Pneumonie nicht für selten vorkommend bei den Handarbeitern, die sich mit grossen Lasten beschäftigen und bei denen mechanische Verletzungen gewöhnlich sind. Unter 320 Fällen von Pneumonie (hierbei sind nur Männer gezählt), welche Litten in der Klinik in Berlin beobachtete, während neue Stadttheile, insbesondere die Stadtbahn gebaut wurde, fand er 40 Fälle, d. h. 4%, in welchen eine Contusion die Ursache! Die stete Entwicklung der Pneumonie erst einige Tage nach der Contusion, die That-

sache, dass sich die Pneumonie häufig in einer Gegend entwickelt, die diametral entgegengesetzt dem Orte der Contusion, lässt auf einen nervösen Ursprung schliessen.

g) Einfluss eines vorausgegangenen Anfalls. Recidive. Unter 157 sorgfältig von GRISOLLE beobachteten Fällen boten 53 vordem mehrere Kennzeichen einer hinreichend charakterisirten Pneumonie und die Zahl der Recidive wechselte von 1 bis 8. Unter 210 von MOELLMANN aufgezählten Fällen kam in einem Falle ein Recidiv 13 Mal vor.

F. Contagion der Pneumonie. GRISOLLE leugnet die Contagion der Pneumonie, indem diese Schicht unvereinbar und im Gegensatz stehend mit der täglichen Erfahrung. Man muss hier in Erwägung ziehen, dass GRISOLLE die Beobachtungen stützt auf das Material eines Krankenhauses einer grossen Stadt, während die Erfahrungen der Landpraxis jenes Vorkommen unterstützen. NETTER hat in einer interessanten, im Archives générales de médecine en 1888 veröffentlichten Arbeit, die in der Literatur zerstreuten Beobachtungen über contagiöse Verbreitung der Pneumonie zusammengestellt. Gelegentlich der oben erwähnten Epidemie in Behrenbach berichtet BUTRY, dass, während der Sohn eines Pächters, der sich nach bestandener doppelseitiger Pneumonie, bei seinen, eine isolirte Mühle bewohnenden, Eltern erholen wollte, der Vater, die Mutter und ein Enkel sich diese Krankheit, kurze Zeit nach der Ankunft des jungen Mannes zuzogen.

SCHROETER-Liebenzell erwähnt nicht weniger beweiskräftige Thatsachen. Ein junger Mann litt im October 1887 an Rheumatismus. Nach Ablauf von sechs Wochen Reconvalescent und im Stande das Bett zu verlassen, wurde sein Vater von einer linksseitigen Pneumonie ergriffen, die innerhalb 14 Tage heilte. Vater und Sohn schliefen in einem Bett. Etwa am achten Tage der Erkrankung des ersteren, wurde der letztere, der das Zimmer nicht verlassen, von Schüttelfrost befallen, dem eine rechtsseitige Pneumonie folgte. SCHROETER bemerkt, dass zur Zeit dieser Beobachtung sehr wenig Pneumonieen in der Gegend vorkamen.

Diese Beobachtungen, einer Contagion der Pneumonie, finden ihre Stütze in einer interessanten Mittheilung, die PROBY in der Gesellschaft der Aerzte zu Lyon im J. 1889 vorbrachte. Es handelte sich um 3 Fälle von Pneumonie bei einem Bäcker in demselben Local. Während der erstere Reconvalescent, ergriff die Krankheit am 10. December den Sohn, am 15. December den zweiten Sohn, der den ersteren Erkrankten ersetzen sollte und dasselbe Bett, dieselben Tücher wie der erstere gebrauchte. Ein dritter Sohn wird am 18 December herbeigerufen, er schläft mit dem Zweiten während der Nächte vom 18. bis 20. December und wird alsdann ebenfalls ergriffen.

Die Uebertragung der Krankheit kann endlich durch Vermittelspersonen stattfinden, welche sich in Berührung mit dem Kranken befanden, ohne von ihm angesteckt zu werden. WINTHER-Blyth berichtet, dass ein junges Dienstmädchen eines Landwirthes, dessen Familienmitglieder soeben an Pneumonie gelitten, das Haus ihres Herrn verlässt, um sich bei ihrer entfernt wohnenden Schwester unterzubringen. Kurze Zeit nach ihrer Ankunft erkrankt sie an ihrem neuen Domizile an Pneumonie, welche zugleich mehrere Personen angreift. Aehnliche Beobachtungen sind während der Epidemie im Gefängniss zu Mohringen gemacht wurden: Wärter, die verschont geblieben, übertrugen die Krankheit nach aussen auf die Familie, deren Mitglieder niemals mit der Anstalt in Berührung gekommen. KUHN, der Arzt, wurde selbst befallen, ebenso der Kutscher, der die Kleider reinigte, dann wurde die Magd ergriffen, welche die letzteren ins Zimmer trug, dann ein Mädchen von vier Jahren, welches die Gewohnheit hatte, sich um den Hals des Vaters zu schlingen, wenn er eintrat. Die Magd, nach Hause auf drei Stunden Entfernung geschickt, steckte ihre Schwester an, welche 8 Tage darauf erkrankte.

Es scheint, dass die Contagion auch gleichermassen durch Vermittelung der Luft zu Stande kommen kann, wie daraus hervorgeht, dass Kranke von der Pneumonie befallen werden, ohne ihr Bett oder deren Nachbarschaft verlassen zu haben.

Die bedeutungsvolle Aufgabe der Aetiologie ist es, die im Vorstehenden geschilderten begünstigenden Ursachen mit den directen in Einklang zu bringen.

Wir kennen gegenwärtig den pathogenen Mikroorganismus der Pneumonie. Die Epidemiologie und klinische Erkenntniss hat indess schon lange bevor die Specificität dieser Erkrankung erkannt.

A. Der Pneumococcus; seine morphologischen Eigenschaften. Als Krankheitserreger wird fast ausschliesslich der A. FRÄNKEL'sche Pneumoniecoccus, ein ovalär gestalteter Diplococcus, dessen Glieder lancettförmig sind, angesehen, während der FRIEDLÄNDER'sche Pneumoniecoccus (richtiger Bacillus) meist als ein «nachträglicher Ansiedler», nicht aber als Krankheitserreger der Pneumonie betrachtet wird.

B. Constantes Vorkommen in den pneumonischen Herden. Alle Forscher von FRÄNKEL bis FATICHI, BAZZOLO, MONTI. NETTER, GAMALEIA, GUARNERI, PATELLA, BANTI haben den Pneumococcus in der grossen Mehrzahl der Fälle nachgewiesen. Die wenigen Ausnahmen mögen durch unvollkommene Untersuchungsmethode oder Vergänglichkeit des Parasiten ihre Erklärung finden, indem derselbe, wenn nicht die Untersuchung alsbald geschieht, sich dieser entziehen kann.

Nach dieser experimentell und klinisch hunderftältig festgestellten Thatsache, ferner nach dem wiederholten Nachweis einer directen Ansteckungsfähigkeit der Pneumonie von Person zu Person vermittelst des Sputums (Küssen, Benützen derselben Taschentücher) endlich nach dem öfter constatirten epidemischen und endemischen Auftreten ist dieselbe als Infectionskrankheit aufzufassen.

C. Ort und Art des Vorkommens. Wir verdanken der Bacteriologie nicht nur die Erkenntniss des Pneumococcus, sondern auch, was für die Prophylaxe von grosser Wichtigkeit, gewisse Anzeichen des Lieblingsitzes, der Predilection. Die umgebenden Medien scheinen für seine Erhaltung günstig. PAWLOWSKY und EMMERICH haben in dieser Beziehung wichtige Thatsachen erbracht. Der Erstere hat in der Luft des anatomischen Institutes im Verlaufe einer Epidemie unter den daselbst Angestellten Mikroorganismen von den morphologischen Eigenschaften nach FRIEDLÄNDER und pathogene für Ratten, Kaninchen und Hund dargestellt. Der Letztere hat diesen Mikroorganismus exhumirt aus dem Fehlboden eines Gefängnisses, in welchem die Pneumonie endemisch.

Meist bildet aber der Mensch selbst den Aufenthaltsort, das Receptakel der Predilection. PASTEUR hat den Pneumococcus im Munde, im Pharynx und in den benachbarten Höhlen entdeckt, NETTER in der Eustachischen Röhre; man hat ihn verfolgt bis zu den Bronchien (PASTEUR, BESSER, NETTER) und im Schweiss von in Folge von Pneumonie Genesenen nachgewiesen, swie bei Solchen, die niemals von der Krankheit befallen.

D. Mechanismus der Infection. Die Thatsache, dass der Pneumococcus in den verschiedenen Abschnitten der Respirationsorgane gefunden worden, vom Mund und der Nasenhöhle an bis zu den tieferen Theilen, lässt keinen Zweifel über die Art der Infection und über das Fortschreiten der krankheitserregenden Agens durch Aspiration. Man muss nach den vorliegenden Thatsachen und Versuchen (WEICHSELBAUM) schliessen, dass die Pneumonie unter die Inhalationskrankheiten gehört, deren Localisation in die Lungen in der grossen Mehrzahl der Fälle der allgemeinen Infection vorangeht.

E. Parallele zwischen den biologischen Eigenschaften des Pneumococcus und den anatomisch-klinischen Eigenheiten der Pneumonie.

Wenn die Culturen des Pneumococcus ihre Virulenz gegen den siebenten Tag hin verlieren, so stimmt dies mit der Thatsache der Defervescenz dieser Affection um diese Zeit überein. Dass die Krisis abhängig von dem Erlöschen der pathogenen Eigenschaften des Mikroorganismus, wird auch durch die That-

sache erwiesen, dass der Speichel der Kranken, welcher auf der Höhe des Krankheitsprocesses durch Inoculation bei Thieren eine Infection zur Folge hat, unwirksam wird mit dem Tage, an welchem die Krise eintritt. (NETTER). Und was das Ergebniss bezüglich der Expectoration betrifft, so erscheinen die Versuche von PATELLA beweiskräftig, welcher bei zehn Kranken im fieberhaften Process, aus dem Auswurf sehr virulente Pneumococcen darstellte, während mit eintretender Defervescenz die Culturen steril blieben.

F. Die Rolle der begünstigenden Veranlassungen in ihrem Verhalten zur Bacteriologie. Bei der Häufigkeit des Eindringens des Pneumococcus in die Luftwege erscheint das verhältnissmässige seltene Eintreten der pneumonischen Erkrankung bei oberflächlicher Betrachtung auffallend. Die Erklärung ist aber leicht und einfach. Im normalen Zustande sind wir gegen die Virulenz des Pneumococcus sowie anderer Mikroorganismen gewappnet. Erst wenn die von uns als begünstigende Momente erwiesenen Umstände: Erkältung, Trauma, Mängel der eingeathmeten Luft, Ueberanstrengungen etc., die physiologischen Bedingungen stören, mittels welcher der Organismus dem schädlichen Eingreifen der Mikroorganismen widersteht, unterliegen wir deren Schädlichkeit. Die Experimente von PLATANIA, LIPARI, FRIEDLÄNDER, SERAFINI bestätigen diese Anschauung.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 13. Dezember 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Dr. Nobl: Ein Fall von Meningomyelitis luetica.

(Autorreferat).

Vortragender stellt einen Patienten vor, an welchem die in jüngster Zeit vielfach hervorgehobenen und geltend gemachten ätiologischen und klinischen Beziehungen zwischen Syphilis und Erkrankung des Centralnervensystems in prägnanter, überzeugender Weise zum Ausdrucke gelangen; Patient bietet seitens des Nervensystems das bekannte Symptomenbild, das von ERB als luetische Spinalparalyse beschrieben, von OPPENHEIM als Meningomyelitis luetica gedeutet wird und ist ausserdem mit einem wohlausgebildetem, der Spätperiode der Lues entsprechendem Syphilide behaftet. Im Jahre 1870 an der II. Syphilis-Abtheilung des Allgem. Krankenhauses gegen eine Sclerose, Plaques im Munde und Exanthem durch fünf Wochen mit Inunctionen behandelt, will Patient bis vor vier Jahren frei von Recidiven gewesen sein; zu jener Zeit entwickelte sich an der Aussenseite des linken Unterschenkels eine Geschwulst, die innerhalb zweier Jahre, bis über faustgross wurde und sich schliesslich auf eine Jodkalimedication vollständig rückbildete (Gumma). Die gegenwärtigen Infiltrate entwickeln sich seit einem Jahre.

Man sieht am linken Vorderarm, an der Stirne und behaarten Kopfhaut, theils überhäutete, theils exulcerirte, isolirte und in serpiginösen Linien angeordnete gummöse Infiltrate, dabei besteht Alopecia, Psoriasis linguae, Leucoplakia buccalis und Auftreibung des Periosts längs der Tibien.

Seitens der Hirnnerven ist abgesehen von einer, durch anatomische Veränderung der Trommelfelle (Narbige Retraction mit Kalkauflagerungen) bedingten Abnahme der Hörschärfe, keinerlei Abweichung von der Norm constatirbar, ebenso sind die Sensibilitäts- und Motilitätsverhältnisse der oberen Extremitäten normal. Auffallend ist der hochgradig-spastisch-paretische Gang des Patienten, dabei besteht nur sehr geringe Muskelstarre, bedeutende Steigerung der Haut- und Sehnen-Reflexe im Bereiche der unteren Extremität, Herabsetzung der tactilen Sensibilität, Druckempfindlichkeit zwischen dem 7. und 11. Brustwirbel, bedeutende Blasen und Mastdarmstörungen und Erloschensein der Potenz. Diese Störungen sollen vor 6 Jahren mit Schmerzen im Rücken, die gegen die Beine ausstrahlten und Gefühl von Spannung in den Beinen begonnen haben, und nahmen mit deutlichen länger andauernden Remissionen, bis zur heutigen Intensität, stetig zu.

Patient wird einer energischen antiluetischen Behandlung (Injectionen von Ol. Cinereum-Lang und Jodkali intern) unterzogen werden und ist von einem Erfolge der Medication eine weitere Bekräftigung für den luetischen Charakter der Spinalaffection zu erwarten.

* * *

Prof. v. Schrötter: Ueber Dextrocardie.

Vortragender demonstrirt einen Mann mit vollständigem Situs viscerum perversus, bei dem auch eine Transposition der Testikel nachweisbar ist. ROKITANSKY nahm Letzteres für alle Fälle von Situs viscerum perversus an, doch stimmt dies nicht nach den Erfahrungen SCHRÖTTER's.

Wichtiger sind jene Fälle, wo eine ganz atypische Lageveränderung des Herzens allein vorkommt, welche sowohl angeboren, als auch durch pathologische Processe bedingt sein kann. Vortragender stellt hierbei einen Mann mit linksseitigem Pyo-Pneumothorax vor, bei dem der Herzstoss ausserhalb der rechten Brustwarze zu tasten ist.

Vortragender demonstrirt ferner ein Mädchen, bei dem das Herz in Folge Schwielenbildung, resp. durch Retraction so verlagert ist, dass man den Herzstoss in der linken Axillarlinie fühlt. An der normalen Stelle des Herzens findet sich vollkommen leerer Schall, da diese durch die linke Lunge ausgefüllt ist.

Häufig bleibt die Dextrocardie lange Zeit vorborgen, bis sie durch Zufälligkeiten entdeckt wird. Ein häufiges Symptom soll die angeborene Cyanose sein.

Vortragender hat drei Fälle von angeborener reiner Dextrocardie beobachtet.

Vortragender demonstrirt nun einen jungen Mann, welcher selbst entdeckte, dass er sein Herz auf der rechten Seite habe und nun beabsichtigt, seinen Körper an das britische Museum zu verkaufen.

Vortragender demonstrirt zum Schlusse eine Frau, bei der ausser dem leicht constatirbaren Situs cordis transpositus noch eine bedeutende Stenose des Conus arteriosus pulmonalis besteht. KUNDRAT hat auch der Meinung Ausdruck gegeben, dass bei diesem Zustande oft weitere Verbildungen bestehen und dass man demnach bei der Diagnose sehr vorsichtig sein müsse, besonders wenn man einen reinen Fall von Dextrocardie gefunden zu haben glaubt. Da diese Fälle auch bei Krankenerscheinungen, sowie bei Superarbitrirungen von Wichtigkeit sind, so erheischen sie eine besondere Aufmerksamkeit. *Dr. Em. Mandl.*

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 20. November 1893).*

Dr. Jürgens: Complication von Syphilis und Tuberkulose. — Perityphlitis.

Dr. JÜRGENS demonstrirt Präparate von einem 53jährigen Manne, welcher vor längerer Zeit eine syphilitische Cur mit zahlreichen Recidiven durchgemacht hat. Während des 14 tägigen Aufenthaltes des Patienten in der Klinik ergab sich keine Klarstellung der Art des Leidens. Bei der Section fanden sich in den Lungen alte phthisische Veränderungen, ausserdem multiple Herde von Bronchitis chronica obliterans, wie sie bei Syphilitischen vorzukommen pflegen. Die Todesursache war offenbar eine tuberkulöse Pleuritis dextra. Es fand sich ferner eine syphilitische Erkrankung der Leber, sowohl an der Oberfläche, wie im Innern. Die Oberfläche des Darmes zeigte Veränderungen, wie sie sowohl bei syphilitischen wie bei chronisch verlaufenden tuberkulösen Processen vorkommen. Milz und beide Nieren zeigten neben zahlreichen Narben chronische interstitielle diffuse Erkrankung. Die Geschwüre im Darm sahen theils wie tuberkulöse aus, ringförmig mit kallösen Rändern und ausgefressenem Grund, sowie Wucherungen auf der Serosa. Andere Geschwüre zeichneten sich durch auffallend starke Retraction aus, wie bei alten syphilitischen Ulcerationen. Am Dünndarm war auffallend die Bildung von Wucherung der Geschwüre an den Rändern wie am Grunde weder gummöser noch tuberkulöser Art. Besonders bemerkenswerth waren endlich noch am Colon ascendens und trans-

*) Nach dem Berichte der «Deutschen Mediz.-Zeitung» Nr. 99, 1893.

versum zahlreiche polypöse Wucherungen von Erbsen- bis Kirschgrösse. Im Colon descendens apfelgrosse Tumoren mit blumenkohlartiger Oberfläche und ulcerösen Veränderungen. Oberhalb der Kloake des Rectums bestand eine Enteritis chronica polyposa. Der Fall zeigt, dass Syphilis, Tuberkulose und polypöse Wucherungen nebeneinander bestehen und bei schwerster Degeneration der Organe ohne Störungen allgemeiner Natur verlaufen können.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine Verstopfung des Proc. vermiformis durch einen Gallenstein. Letzterer lag auf dem Peritoneum. In der Umgebung des Gallensteins war eine peritonitische Wucherung aufgetreten, so dass der Stein eingehüllt war. Diese Form der Perityphlitis wäre ohne weitere Complicationen zur Heilung gekommen. Am Schädeldach findet sich aber ausserdem noch eine Pachinische Wucherung, welche eine Perforation des ganzen Schädeldaches in Zweimarkstückgrösse herbeigeführt, auch einen Theil des Hirns und der Hirnhäute in Mitleidenschaft gezogen und zur Gehirnerweichung geführt hat.

* * *

Dr. Jacobsohn demonstrirt an dem Gehirn einer an Apoplexie verstorbenen 62jährigen Frau eine ganz abnorm ausgebildete Arteriosclerose sämmtlicher Gehirnarterien.

* * *

Dr. Klemperer: Epileptische Anfälle bei Aortenstenose.

Dr. Klemperer demonstrirt einen Patienten unter Hinweis auf Leyden's kürzliche Bemerkung, dass in Folge stenotischer Verengerung der Ostien zeitweise Anämie des Gehirns und durch plötzliche Blutverarmung des Gehirns in der That epileptische Anfälle eintreten könnten. Patient war vor zwei Jahren bewusstlos auf der Strasse zusammengebrochen, erholte sich wieder und zeigte bei der Untersuchung ein systolisches Geräusch. Auffallend war der kaum fühlbare Puls und die ausserordentlich starke Bläse. Das systolische Geräusch war am auffallendsten an der Aorta. Keine Spur von Erweiterung des Herzens nach rechts, schwache Erweiterung nach links. Diagnose: Aortenstenose und durch Blutmangel des Gehirns Epilepsie. Patient hat seitdem mehrmals epileptische Anfälle gehabt, zuweilen auch nur langdauernde Ohnmachtsanfälle.

Dr. Jastrowitz: Offenbar ist die Aortenstenose ein dauernder, die Epilepsie nur ein zeitweiser Zustand. Um letzteren auszulösen, müssen noch andere Momente hinzukommen. Welcher Art sind diese?

Dr. Klemperer glaubt, dass es besonderer Erregungen bedarf, so dass das Blut nach anderen Gefässgebieten strömt und das Gehirn anämisch wird.

Prof. Gerhardt hat bei Mitralstenose rhythmische Erweiterung und Verengerung der Pupille beobachtet.

* * *

Dr. H. Neumann: Geheilter Fall Addison'scher Krankheit.

Der jetzt 57jährige Patient hat in seiner Jugend an Fieber, später an Recurrens gelitten. Am 7. April 1880 kam Patient in das Krankenhaus Moabit, wurde dort jahrelang beobachtet und später wiederholt controllirt. Patient gab damals an, dass er bis vor 14 Tagen vollkommen gesund gewesen und seinem Beruf als Kohlenträger nachgegangen sei. Dann wurde er täglich schwächer und suchte schliesslich das Krankenhaus auf. Auf dem Wege dorthin sank er bewusstlos zusammen. Als Neumann den Kranken zuerst sah, lag er in passiver Seitenlage da und gab nur auf lautes Befragen Antwort. Er befand sich in einem Zustande der äussersten Schwäche. An den inneren Organen keine Veränderung nachweisbar; am Herzen und in den Venen anämisches Geräusch; im Urin weder Eiweiss noch Zucker. Im Gesicht und am Oberarm leicht bräunliche Färbung, welche seit vielen Jahren besteht. An einzelnen Hautpartieen, besonders am Rumpf und am Oberschenkel, dunklere Flecken von ziemlich gleichmässig dunkel schwarz-braunem Aussehen. Besonders dunkle Nüancen am Hals, der Unterbauch-, Kreuz- und Analgegend. Lippen- und Wangenschleimhaut wie der harte Gaumen sind intensiv und dicht mit dunklen Flecken besetzt. Dagegen sind der harte Gaumen, Pharynx und Augenhintergrund nicht pigmentirt. Diagnose: Morbus Addisonii. Der Schwächezustand des Patienten war ein so hochgradiger, dass der Kranke erst im Januar nächsten Jahres anfing, mit Hilfe des Stockes einige Schritte bei schleppendem, vorsichtigem Gang zu gehen. Erst im März 1882 war Patient im Stande, den ganzen Tag ausser Bett zuzubringen. Am 20. Juni 1885 bemerkte Patient, dass er bei Bewegungen stark zu zittern begann. Objectiv zeigte sich mässige Herabsetzung der motorischen Kraft sowohl in den Armen wie in den Beinen, und selbst im Januar 1886 konnte Patient den Dynamometer nur bis auf 5—10 Theilstriche zusammendrücken. Erst im Beginn des Jahres 1888 konnte Patient wieder wie früher seine Kohlen tragen. Das Zittern war Jahre hindurch sehr ausgesprochen und ist jetzt noch in geringem Grade vorhanden. Sehnen-, Muskel- und Periostreflexe sehr ausgesprochen. Eine gewisse Erhöhung derselben hat sich bis jetzt erhalten. Sensibilität dauernd normal. Am 8. Juni 1885 Parästhesien in den Armen und Fingern, sowie Schmerzen in allen Gelenken.

Mehrere Monate bestand auch im linken Schultergelenk eine Entzündung, welche später ausheilte. Sinnes- und Brustorgane dauernd normal, ebenso wie die Verdauung. Niemals Diarrhöe oder Verstopfung. Urin zunächst ziemlich zahlreich, später spärlich. Appetit ganz vorzüglich; das anfängliche Körpergewicht von 54 *kgr* stieg bis zum Jahre 1885 auf 63 *kgr*. Gleichzeitie mit der Gewichtszunahme verriigerte sich auch die Anämie. Anfänglich waren die Indikanmengen im Urin vermehrt, später kaum noch in Spuren nachzuweisen. Allmählich hat sich die dunklere Färbung der Epidermis abgestossen, die braune Nüancirung der Haut und die Pigmentirung der Schleimhaut sind geringer geworden. Auch die ausserordentlich heftigen Schmerzen, welche in der Gegend der unteren linken Rippen bis zum Intercapularraum bestanden, schwanden ganz allmählig bis zum März 1887. Seitdem wurden sie niemals mehr wahrgenommen. Seit $6^1/_2$ Jahren hat der Kranke sich wieder wohl gefühlt.

Ein Moment von allgemeinem pathologischen Interesse bilden die Ergebnisse der wegen der Anämie des Kranken angestellten Blutuntersuchungen. Beim Eintritt des Patienten in das Krankenhaus ergab die Blutmessung 2,020.000 rothe Blutkörperchen per Millimeter. Die Zahl derselben wuchs dann bis zum 20. Januar auf 5 Millionen und stieg bis Januar 1885 auf über 7 Millionen, um bis zum Januar 1886 auf die frühere Höhe zurückzugehen. Die weissen Blutkörperchen scheinen bei diesen Veränderungen nicht betheiligt gewesen zu sein. Die Polycytaemia rubra lag offenbar in der Regeneration des Blutes begründet. Neumann glaubt mit Samuel und Weigert, dass die Regeneration eine progressive Gewebsänderung in Folge der Proliferationsfähigkeit der Gewebe ist, und dass es schliesslich zu einer Luxusproduction kommt, welche später wieder abnimmt. Eine solche regenerative Hyperplasie des Gewebes ist auch von den Knochen und Muskeln bekannt, und ebenso von zahlreichen drüsigen Geweben nachgewiesen. Auch nach dem Gebrauch von Levico-Eisenwasser ist eine Ueberproduction an rothen Blutkörperchen und Polycytämie beobachtet worden.

Was die im vorliegenden Falle eingeschlagene Therapie anbetrifft, so wurde Patient mit dem constanten Strom, später vorübergehend mit Eisen behandelt.

Dr. G. Lewin: Zur Addison'schen Krankheit gehört 1. die Bronzefärbung, 2. die Adynämie, 3. gastrische Erscheinungen. Letztere fehlen hier gänzlich, während Lewin fast immer Erbrechen und Diarrhöe, abwechselnd mit Verstopfung gefunden hat. Ferner ist gewöhnlich keine Anämie, sondern Adynämie vorhanden. Die Bronzefärbung kann auch durch verschiedene Erkrankungen des Centralnervensystems hervorgerufen werden; es tritt Lähmung der Chromatoren oder Hypertonie der Haut ein. Man könnte also im vorliegenden Falle bei dem Mangel an adynamischen und gastrischen Zuständen daran denken, dass doch eine andere Krankheit als die Addison'sche vorliegt. Was die Heilung anlangt, so hat Lewin unter 800 Fällen nur 4 Mal Heilung in Fällen constatiren können, welche nicht sehr ausgesprochen waren. Diese Patienten wurden durch roborirende Diät, Eisen und Chinin, merkwürdigerweise in einigen Fällen auch durch Quassia und grosse Gaben Glycerin geheilt. Besserung liess sich in 28 Fällen beobachten. Schliesslich

möchte Lewin noch auf die glänzende, perlartige weisse Farbe der Conjunctiva bei Morbus Addisonii hinweisen.

Prof. Gerhardt: Krankheitsnamen haben im allgemeinen nur die Bedeutung von Schubfächern. Die Diagnose muss nicht darauf hinausgehen, ob Jemand die Krankheit hat, welche Addison beschrieben hat, sondern darauf, die anatomischen und physiologischen Veränderungen nachzuweisen. Bronzehaut mit Anämie und verschiedenen anderen Störungen kann durch länger einwirkende Erkrankung der Nebennieren hervorgerufen werden. Die Literatur lehrt, dass verschiedene Krankheiten der Nebennieren die Veränderungen bewirken können. Die allerhäufigste Ursache ist allerdings die Tuberkulose, ferner Carcinom der Nebennieren und endlich Blutungen in diese Organe, Momente, die offenbar hier nicht in Betracht kommen.

Dr. Neumann: Der Umstand, dass keine gastrischen Störungen vorhanden waren, kann die Diagnose nicht erschüttern. Die übrigen Erscheinungen waren so langwierige und so ausgesprochene, dass in der That an der Diagnose nicht zu zweifeln war. Im übrigen theilt Lewin in seiner eigenen Arbeit eine ganze Anzahl von Fällen mit, in welchen Anämie bestanden hat. In Lewin's Zusammenstellung finden sich im ganzen nur 10 Heilungen, von denen nur die letzten 4 gut beobachteten Fälle als wirkliche Heilungen gelten können; in einem Falle bestand die Heilung noch nach 2 Jahren fort, in einem anderen noch nach 24 Stunden. In Bezug auf die Frage, ob die Nebennieren in wirklichem Connex mit der Krankheit stehen, verweist Redner auf die von Lewin constatirte Thatsache, dass in 2 Fällen von Morbus Addisonii gar keine Nebennieren, in 4 Fällen nur je eine Nebenniere vorhanden war. Auf Grund dieser Thatsache erscheint das Postulat der Erkrankung der Nebenniere in seiner Bedeutung für die Addison'sche Krankheit sehr geschwächt.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Klinik der Krankheiten der Harnblase und Prostata.

Nach den Vorlesungen im Hôspital Necker von **Prof. F. Guyon.**
Bearbeitet von **Dr. M. Mendelsohn.**
Verlag von August Hirschwald, Berlin 1893.

Der Namen Guyon, der auf dem Titelblatte des vorliegenden Werkes steht, verbürgt allein schon dem Buche weite Verbreitung, macht es aber andererseits begreiflich, dass man bei seiner Beurtheilung den strengsten Massstab anlegt. Das Werk zerfällt in 5 Abtheilungen. Dieselben handeln über die Geschwülste der Harnblase und ihre chirurgische Behandlung, über Prostatahyperthrophie, über die Cystitis und ihre einzelnen Formen, über Entzündung und Neubildung der Prostata und über «Ergänzungen und Einzelheiten» (Blutungen bei Harnverhaltung, Blasenausspülungen, Diagnose der Blasensteine, etc.). Schon aus dieser Eintheilung ersieht man, dass von einer vollkommenen Erschöpfung des ganzen Stoffes absolut nicht die Rede ist. Mendelsohn hat nur eine Reihe von Vorträgen Guyon's über besonders wichtige Themen aus dem Gebiete der Urologie herausgehoben und dem deutschen Leserpublikum zugänglich gemacht. Die Art und Weise, in welcher wir den Stoff abgehandelt finden, ist eine von der gewohnten sehr stark abweichende. Ueberall finden wir für die Stellung der Diagnose die functionellen und subjectiven Symptome in den Vordergrund gerückt. Viele objective Untersuchungsmethoden werden gar nicht erwähnt oder ganz in den Hintergrund gestellt. Die Cystoskopie existirt für Guyon überhaupt nicht, ein gewiss nicht zu billigender Standpunkt. Bei der Diagnose der Blasensteine soll nach Guyon die Diagnose gestellt sein, ehe man ein Instrument in die Hand nimmt und die Untersuchung mit der Steinsonde soll nur einen bestätigenden Werth haben. Bekannt ist auch die interessante aber unbewiesene Auffassung Guyon's über die Natur der Prostatahyperthrophie als Ausdruck der Arteriosclerose.

Hervorhebenswerth erscheint es, dass Guyon auf Grund seiner grossen Erfahrung als Normalmethode für die Exstirpation der Blasentumoren den hohen Schnitt anerkennt. Bekannt ist ferner Guyon's Vorliebe für die Höllensteinbehandlung der Cystitis. Beherzigenswerthe Rathschläge gibt Guyon für die Ausführung der Blasenausspülungen, wie denn überhaupt der Vorzug des Werkes in der Verwerthung der praktischen Erfahrung des Autors liegt. Gleichzeitig gibt uns dieses Buch einen klaren Begriff von der diagnostischen Methodik Guyon's, einer sehr interessanten und lehrreichen Methodik, wenn sie auch jetzt zum Theil durch vervollkommnete Untersuchungstechnicismen obsolet geworden. Reiche Anregung wird aus Guyon's Werk jeder Arzt schöpfen und nicht nur der Anfänger, auch der Erfahrene wird es nicht ohne Gewinn lesen, wenn wir es auch aus den angegebenen Gründen nicht als Lehrbuch empfehlen könnten. Die Uebersetzung ist eine sehr gefällige. *J. S.*

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Für Aerzte und Studirende.
Von **Professor Dr. A. Wolff,**
Director der dermatologischen Klinik an der Universität Strassburg.
Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1893.

Mit dem vorliegenden Handbuche hat die seit Jahresfrist im Verlage Enke's erscheinende Sammlung medicinischer Lehrbücher eine weitere Ergänzung und, wie wir gleich hinzufügen wollen, die fachschlägige Literatur eine bemerkenswerthe Bereicherung erfahren.

Der gewiss nicht leichten Aufgabe, ein kurzes Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten zu schreiben, das einerseits dem Lernenden zur ersten Einführung in das Studium der genannten Specialfächer dienen, andererseits dem Praktiker eine gewisse Sicherheit in der Diagnose und Behandlung gewährleisten und eine rasche Orientirung im wissenschaftlichen Materiale ermöglichen soll, versteht es Verfasser durch kurze, präcise und dabei doch möglichst anschauliche Schilderung der Krankheitsprocesse sowie auch durch eingehendste Berücksichtigung der Diagnostik und Therapie, bei Vermeidung aller weitführenden theoretischen und controversen Auseinandersetzungen, vollauf zu genügen und lässt sich wohl vorhersagen, dass sich das Handbuch in den Kreisen, denen es gewidmet ist, baldmöglichst einbürgern wird.

In der ersten Abtheilung des 627 Seiten starken Werkes finden sich die Hautkrankheiten abgehandelt, welche, ohne dass sich Verfasser an eine der gebräuchlichen Eintheilungen halten würde, doch hauptsächlich nach ätiologischen und pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten gruppirt erscheinen. Bezüglich dieses Abschnittes müssen wir, bei aller Würdigung des vorzüglich praktischen Zweckes, doch der Bemerkung Raum geben, dass die Beschreibung der Anatomie zu kurz weggekommen ist, eine genauere Darlegung der den einzelnen Dermatonosen zu Grunde liegenden histologischen Verhältnisse hätte jedenfalls das Verständniss mehr gefördert und hätte dem Lehrzwecke mehr gedient, als dies von den in den Text gedruckten Abbildungen von Krankheiten und Instrumenten, sowie von der Beschreibung singulärer Beobachtungen und seltenster Affectionen zu erwarten ist.

Die zweite Hälfte des Buches ist der Pathologie und Therapie der Gonorrhoe, des venerischen Geschwürs und der Syphilis gewidmet, welche Krankheitsprocesse, vom streng dualistischem Standpunkte aus, eine den neuesten ätiologischen und bacteriologischen Anschauungen entsprechende objective und übersichtliche Darstellung erfahren. *Dr. G. Nobl.*

Krankendienst.

Von **Dr. med. Emil Guttmann.**
Mit 45 Abbildungen.
Verlag von Ambr. Abel (Arthur Meiner). Leipzig 1893.

Vorliegendes Werkchen, in erster Linie für Krankenpfleger bestimmt, wird auch dem Arzte, namentlich dem Neuling in der Praxis, von Nutzen sein. Es enthält eine Fülle von praktischen Anweisungen, die sich auf den Krankencomfort beziehen und die angewendeten Heilmethoden auf's kräftigste zu unterstützen vermögen. Sie bilden das Kleingeld des Arztes, der auch in den kleinsten Handgriffen, die man auf der Hochschule zu erlernen kaum Gelegenheit findet, seine Superiorität dem Laien gegenüber erweisen soll. *M. N.*

Zeitungsschau.

Dr. Theilhaber (München): **Beziehungen gastrointestinaler Affectionen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.** (Münchener med. Wochenschrift Nr. 47 u. 48, 1893.)

Zwischen dem früheren Standpunkt aller vervösen Leiden der Frauen auf Erkrankungen der Geschlechtsorgane zu beziehen und dem entgegengesetzten der neueren Nervenärzte (neuestens von Prof. de GIOVANNI aus Padua in der Intern. klin. Rundschau 1893 Nr. 27 und folg. in seinem Artikel: «Gegen die chirurgische Behandlung der Neurosen» ausgesprochen) jeden Zusammenhang von Nervenkrankheiten und Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane zu leugnen, nimmt Verfasser eine vermittelnde Stellung ein.

Er gibt zu, dass schwere Neurosen bestehen können ohne Genitalerkrankung, dass in anderen Fällen die Beseitigung von bestehenden Genitalleiden ohne Einfluss auf ein vorhandenes Nervenleiden bleibt, sucht aber aus der reichen Literatur der letzten Jahre und aus eigenen Erfahrungen nachzuweisen, dass in vielen Fällen der von de GIOVANNI geleugnete Zusammenhang thatsächlich bestehe.

Arbeiten von FINKELNSTEIN, S. COHN und Anderen beweisen, dass die Menstruation, Schwangerschaft, besonders aber heftige Metrorrhagien die verschiedensten Augenkrankheiten erzeugen können (letztere selbst Amblyopie und Amaurose).

Von WEBER-Liel wurde der Zusammenhang zwischen Uteruserkrankungen und Affectionen des Hörorgans nachgewiesen.

Der Zusammenhang zwischen dem Hautorgan und Veränderungen an den Genitalien ist augenfällig: Auftreten von Pigmentationen während der Schwangerschaft, von Hauterkrankungen zur Zeit der Menstruation wie Urticaria, Acne etc. (HEBRA, STILLER, FRANK etc.)

Bezüglich des Zusammenhangs von Magen- und Darmerkrankungen mit der Affection der weiblichen Sexualorgane citirt Verfasser Arbeiten von KISCH (der eine eigene Krankheit «Dyspepsia uterina» aufstellt, LEYDEN, G. BRAUN, P. MÜLLER, PANECKI, KRETSCHY (der an einem 25jährigen Mädchen mit einer Magenfistel die Verlangsamnung der Verdauung während der Menstruation nachweisen konnte).

Bekannt ist übrigens der Eintritt von Magenstörungen (Uebelkeit, Erbrechen u. s. w.) bei vielen Frauen kurz nach der Conception.

Verfasser selbst hat 45 Fälle, die ihm von Dr. CRÄMER (Specialist für Magen- und Darmkrankheiten in München) behufs Vornahme der gynäcologischen Untersuchung zugeschickt wurden, beobachtet und referirt hier über dieselben.

Alle Patientinnen waren lange vorher wegen Magenbeschwerden ohne Erfolg mit inneren Mitteln behandelt worden. 25 davon litten an Dyspepsia nervosa, 12 an Atonie des Magens, 2 an Catarrhus ventriculi, 2 an chronischem Darmkatarrh, 1 an Anaciclitas, 1 an Hyperchlorhydrie, 1 an Ulcus, 1 an Enteroptose.

Bei diesen Patientinnen ergab die gynäcologische Untersuchung Fehlen jeder Abnormität 4 Mal, Endometritis catarrhalis mit Verdickung des Uterusparenchyms 19 Mal, Endometritis hämorrhagica 4 Mal, Retroflexio und Retroversio uteri 10 Mal, Cophoritis 3 Mal, Parametritis posterior 2 Mal, abgelaufene puerperale Parametritis 1 Mal, Retroversio uteri anteflexi 1 Mal, kleiner Ovarialtumor 1 Mal.

Was den Zusammenhang der gynäcologischen Affection mit den Magen- und Darmbeschwerden betrifft, waren 3 Gruppen zu unterscheiden:

I. Bei einer Anzahl von Fällen war die gynäcologische Abnormität nur ein zufälliger Nebenbefund und nicht die Ursache der Magenbeschwerden. — Für den centralen Ursprung der vorhandenen Neurose (des Magens- und Darmtractus) sprechen folgende Momente:

1. Erbliche Belastung, verkehrte Lebensweise, Sorgen und Kummer, mangelhafte Entwickelung des ganzen Individuums, Erschöpfung nach schweren Krankheiten, protrahirte Lactation, rasch aufeinanderfolgende Schwangerschaften;

2. Bestehen nervöser Symptome schon in der Kindheit vor Eintritt der Periode;

3. Entstehen und Verschwinden der Beschwerden im Zusammenhang mit Gemüthserregungen;

4. Weiterbestehen trotz erfolgreicher Behandlung der Genitalorgane.

Für die Diagnose der «Reflexneurose» sprechen:

1. Frühere Gesundheit, Auftreten der Beschwerden gleichzeitig mit Genitalsymptomen (Metrorrhagie, Ausfluss etc.);

2. Eintreten der Verschlimmerungen kurz, vor oder während der Menstruation und bei stärkeren Blutungen;

3. Ausbleiben der Beschwerden während der Schwangerschaft und Lactation;

4. Auftreten von Magenschmerzen bei Berührung des kranken Organs (Uterus, Ovarien).

Eine absolut sichere Diagnose lässt sich in manchen Fällen erst aus dem Erfolg der Therapie stellen.

In der II. Gruppe von Fällen sind die gynäcologischen Beschwerden bedingt durch die Affection des Magen-Darmcanals. In Folge von Atonie des Darmes, Ansammlung von Gasen und Kothmassen kann eine Verlangsamung der Blutcirculation im Gebiete der Venacava inferior und hiedurch eine venöse Stauung im Uterus hervorgerufen werden, welche wieder zu Metrorrhagien, Dysmenorrhoe und Fluor Veranlassung gibt. Verfasser führt specielle Fälle als Beispiele hiefür an.

In einer III. Gruppe von Fällen ist das Uterusleiden die Ursache der Magen- und Darmstörungen.

Verfasser führt an: 4 Fälle von Dyspepsia nervosa mit gleichzeitiger Retroflexio uteri, welche durch Geraderichtung des Uterus mittelst Pessars vollständig geheilt wurden; weiters 2 Fälle von Dyspepsia nervosa mit Endometritis hämorrhagica, wo die Auskratzung des Uterus Heilung der jahrelang erfolglos behandelten Magenbeschwerden zur Folge hatte; dann 8 Fälle von Dyspepsia nervosa und Endometritis catarrhalis, geheilt durch Aetzung des Corpus uteri.

Weiter citirt Verfasser ausführlicher 3 Fälle von Atonie des Magens, wo durch erfolgreiche Behandlung verschiedener Genitalaffectionen (Erosionen am Cervix, Fluor etc.) vollkommene Heilung eintrat; dann einen Fall von profusen Magenblutungen, wo nach Heilung einer chronischen Metritis und Endometritis hämorrhagica die Blutungen cessirten, während die früher angewendete Ulcustherapie erfolglos gewesen war etc.

Verfasser stellt in Folge dieser Beobachtungen die Forderung, dass in allen Fällen von nervöser Dyspepsie, Darmatonie, Hyperacidität, Anacidität, periodischen Gastralgien bei Frauen, bei denen längere rationelle Behandlung nicht zum Ziele führt, eine eingehende gynäcologische Untersuchung (selbst erforderlichen Falls mit dem SCHULTZE'schen Dauertampon) vorzunehmen sei.

Bezüglich der Therapie bemerkt Verfasser, dass bei Patientinnen mit «labilem» Nervensystem allzuhäufig auszuführende Manipulationen an den Genitalien zu vermeiden seien, da man damit Schaden stiften könnte; dagegen sollte die Behandlung des Magen- und Darmleidens nicht vollständig unterbleiben, sondern die Heilung durch entsprechende Diät, alkalische oder salinische Wässer, in bestimmten Fällen (Darmatonie) durch Massage, Elektricität oder eventuell durch Hydrotherapie, Gymnastik, klimatische Curen befördert werden. *B. S.*

Prof. Dr. E. Ponfick (Breslau): **Ueber Metastasen und deren Heilung.** Vortrag, gehalten in der Festsitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft am 25. October 1893. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 46. 1893.)

In dem zu Ehren von VIRCHOW's 50jährigen Doctorjubiläum gehaltenen Vortrage bringt Verfasser einen neuen Beitrag zu der von dem Altmeister der Pathologie begründeten Lehre von den Metastasen.

Diese entstehen nicht nur durch Verschleppung von Elementen des eigenen Körpers (theils einzelner Zellen wie bei den bösartigen Geschwülsten, theils ganzen aus Fetthaufen bestehenden Pfröpfen wie bei der Endocarditis maligna, den Fettembolien) sondern auch durch Ablagerung von dem Thierkörper völlig fremden Elementen den pflanzlichen Zellen der Mikroorganismen in den verschiedenen Körpergeweben.

Dieser letzteren dem Organismus feindlichen Eindringlinge sucht sich derselbe auf verschiedenen Wegen zu entledigen. — Von grösster Wichtigkeit sind hiebei die Nieren, wenn auch der Nachweis von Bacterien im Harn meist nur in solchen Fällen gelingt, wo neben multiplen Eiterherden im Körper auch gröbere Metastasen in jenen auftreten. — Trotz fehlenden solchen Herden kann jedoch bei im Blute kreisenden Bacterien eine Nierenreizung in Form von vorübergehender Albuminurie und Hämaturie stattfinden, wie sie Verfasser bei vorher ganz gesunden Menschen im Anschluss an Panaritien und kleinen Finger-Phlegmonen beobachtet hat. Man muss dann annehmen, dass die Bacterien (Eitercoccen) entweder in zu geringer Anzahl oder in abgeschwächtem Zustande in die Nieren gelangten. Bei länger dauernden Eiterungen können jedoch solche sich wiederholende Reizungen zur Entwicklung einer diffusen Nephritis führen. (Schon darum ist jeder noch so kleine Eiterherd, von chirurgischen Rücksichten ganz abgesehen, so bald als möglich zu beseitigen.

Nach des Verfassers Erfahrungen spielt aber bei der Wegschaffung der Bacterien aus dem Körper auch das Skelett eine sehr wichtige Rolle.

Ausser den bisweilen vorkommenden circumscripten subperiostalen Eiteransammlungen wurden nach Typhus, Scharlach, acutem Gelenksrheumatismus, Endocarditis, etc. über das ganze Skelett ausgebreitete Vorgänge von Knochenzerstörung beobachtet. Die Beinhaut erscheint in solchen Fällen in Folge von Wucherung der inneren Lamelle (VIRCHOW's sogenannte Proliferationsschicht) bis 1 *cm* dick, saftreich, fast gallertartig, vom Knochen leicht abziehbar. Der Knochen selbst zeigt besonders in dem Gebiet der Diaphyse, welches dem Intermediärknorpel benachbart ist, an der Oberfläche der Corticalis körnige und grubige Vertiefungen. — Diese Erscheinungen werden durch Einschleppung der Bacterien (Typhusbacillen, Streptococcen, Staphylococcen) in das Periost und den Knochen hervorgerufen.

Aber auch bei chronischen Infectionskrankheiten wie vor allem der Tuberkulose werden (wahrscheinlich nicht durch den Tuberkelbacillus sondern durch Mischinfection mit Staphylococcen und Streptococcen hervorgerufen) häufig ähnliche Vorkommnisse beobachtet.

Diese Schädlichkeiten finden an dem Skelett wachsender Individuen einen viel empfänglicheren Boden und da kann ein äusserer Anlass (z. B. eine Verletzung) diese plastische vasculöse Periostitis in eine eitrige umwandeln und auch Osteomyelitis zur Folge haben.

Kommen die beschriebenen Vorgänge zur Heilung, d. h. unterliegen in dem Kampf zwischen thierischen und pflanzlichen Zellen die letzteren in Folge ihrer geringen Anzahl oder ihres abgeschwächten Zustandes, so werden die gesetzten Verluste durch aus dem Mutterboden sich entwickelndes junges Gewebe ersetzt: es kommt zur Knochenneubildung, und zwar in Gestalt grösserer und kleinerer Lamellen von zuerst lockerer, später dichterer Beschaffenheit, stellenweise können sogar bedeutende Verdickungen entstehen.

Diese Verdickungen (Hyperostosen) finden dann ihre Deutung in der Beziehung zu der oft schon lange vorausgegangenen Infectionskrankheit.

B. S.

Prof. Dr. von Mosengeil (Bonn): **Ueber Salipyrin.** (Deutsche Medizinal-Zeitung, Nr. 98, 1893.)

Mit Gebrauch des Salipyrins, das Verf. zuerst gegen Influenza vor $2^1/_2$ Jahren etwa empfahl, hat Verf. dauernd sehr gute Resultate in seiner Praxis erzielt und kann jetzt Folgendes constatiren:

I. Bei Influenza hat sich das Mittel als Specificum bewährt. Es muss jedoch, um absolut sicher za wirken, schon direct bei dem Auftreten der ersten Symptome gegeben werden; alsdann reichen gewöhnlich wenige Gaben und zwar schon kleinere Dosen aus. Bei ganz kleinen Kindern genügt $^1/_6$—$^1/_4$ *gr*; bei grösseren Kindern, bei solchen Patienten von wenig Gewicht und bei einzelnen, leicht auf Arzneien reagirenden Personen $^1/_2$ *gr*, bei kräftigeren und bei stärkeren Attacken, besonders aber, wenn der Ausbruch der Erkrankung schon seit einigen Tagen erfolgt ist, 1 *gr*. Jedoch sah Verf. nie, auch nicht bei täglich wiederholten Dosen von 2—3 *gr*, üble Nebenwirkung. — Als eine constante, aber angenehme Nebenwirkung möchte ich die nervenberuhigende und schlafbringende Eigenschaft des Salipyrins erwähnen, ferner den Umstand, dass sehr häufig Kopfschmerzen, auch solche, die durchaus nicht mit Influenza in ursächlichem Zusammenhange stehen, beseitigt werden. Es genügt dabei fast stets $^1/_2$ *gr*. (In mehrfachen Fällen von Migräne und solchen von periodischen Kopfschmerzen, die medicamentöser Behandlung, auch dem Phenacetin getrotzt hatten, half Salipyrin prompt.) — Verhältnissmässig am wenigsten Nutzen brachte Salipyrin in solchen Influenzafällen, bei denen in der Lunge kleine circumscripte pneumonische Herde sofort auftraten oder die Erkrankung latent war und sich nicht eher manifestirte, als bis die erwähnten, oft nicht leicht zu constatirenden, kleinen, multiplen Herde, die anfänglich besonders an den unteren Randpartieen der Lungen sitzen, sich später überallhin in derselben weiter verbreiteten. Sicher müssen hier öfter wiederholte grosse Dosen ($1^1/_2$—2 *gr* drei- bis viermal pro die) gegeben werden. Solange nur die Hauptsymptome der Erkrankung die Oberfläche der Respirationsschleimhäute betreffen, ist oft sehr schnelles Wirken des Mittels vorhanden. Jedoch muss Verf. dringend rathen, auch bei vorzüglicher Wirkung und schnellem Schwinden der Symptome, so dass anscheinend Heilung eingetreten ist, nicht mit dem Verabreichen des Mittels aufzuhören.

Ein fernerer Punkt muss noch betont werden: Vor und nach dem Einnehmen muss $1^1/_2$—2 Stunden lang nichts gegessen werden. Es schadet zwar meist nicht, aber das Mittel büsst, wenigstens bei den von Verf. principiell stets möglichst klein gehaltenen Dosen, an seiner Wirkung ein.

Tritt die Erkrankung mit heftigerem Fieber auf, so müssen grosse Dosen, 3—5 *gr*, Salipyrin gegeben werden, oder, was Verf. zweckmässiger fand, abwechselnd Chinindosen, besonders das leicht lösliche salzsaure, in ca. $^1/_2$ *gr*-Dosen. Verf. gibt dann Chin. mur. früh, Salipyrin abends. Da, wo Verf. nur einmal Salipyrin gibt, gibt er es besonders gerne abends.

Sogar gegen drohende Diphtheritis wurde es von Aerzten als Präservativ vorräthig zu halten und bei der geringsten Schleimhautaffection im Hals und Rachen sofort zu gebrauchen, verordnet. Die diphtherischen Infectionsstoffe haften bei erkrankter Schleimhaut viel leichter, sind, wenigstens wahrscheinlich, viel gefährlicher für sie, als für eine ganz gesunde, und gerade für catarrhalische Erkrankungen möchte Verf. dem Salipyrin den höchsten Werth als Heilmittel beilegen. Und von diesem Standpunkt aus soll es bei drohender Diphtheritis empfohlen sein.

Hier kommt Verf. zugleich zum II. Hauptpunkt; denn ganz vor allem empfiehlt Verf. das Mittel bei Erkältung und Schnupfen. Als Verf. seine ersten Beobachtungen über Salipyrinwirkung bei Schnupfen machte, geschah es im Anschluss an Influenzabehandlung bei anderen Patienten; sie geschah mittels Salipyrins, weil Verf. in der Influenzazeit in jedem Schnupfen eine Spielart oder einen Beginn von Influenza vermuthen konnte. Inzwischen sind aber enorm viele «Erkältungsschnupfen» in influenzafreien Zeiten mit Salipyrin erfolgreichst behandelt worden, und in manchen Familien wird Salipyrin bei jedem Falle von Erkältung sofort abends eingenommen; die sonst erfahrungsgemäss längere Zeit dauernden Erkältungen sollen dadurch meist in 1—3 Tagen völlig vorüber sein, ohne je besonders lästig zu werden. Viele haben Verf. versichert, dass nach Salipyringebrauch abends die Erkältung mehr zum Ausbruch käme und stets am anderen Morgen nach einer angenehmen Nacht verschwunden sei. Erfahrungsgemäss sei es sonst bei diesen Patienten ganz anders gewesen. Aber allgemein wird beobachtet, dass sofort beim Beginn des Auftretens von Erkältungssymptomen das Mittel zu nehmen sei, wenn es wirklich so überraschend wirken solle. Wäre ganz allein die Bekämpfung des Schnupfens möglich und seine Verbreitung in die Bronchien aufzuhalten, so verdiente schon Salipyrin den grössten Dank.

In einigen Fällen von sehr chronischem Stockschnupfen, der nur auf die Nase beschränkt blieb, empfahl sich Einblasen des Salipyrinpulver mit Inflator in die Nasenlöcher.

III. stellt Verf. Salipyrin bei Behandlung gewisser Formen von Rheumatismen sehr hoch. — Unter dem Namen des chronischen Gelenkrheumatismus werden jetzt verschiedene Formen von Gelenkerkrankungen zusammengefasst, die ätiologisch gewiss sehr verschieden sind, aber wegen gleicher Symptome in gewissen Erkrankungsbezirken auch gleich scheinen. Alle diejenigen multiplen Gelenkleiden, die sich als trophoneurotische Arthropathieen erweisen, meist sehr schleichend beginnen und von vornherein durchaus chronischen Charakter haben, scheinen Verf. weniger für Salipyrinbehandlung geeignet; aber die subacut und sehr plötzlich beginnenden. — Verf.'s Klientel ist in besonderer Weise durch Gelenkleidende ausgezeichnet, und es will ihm scheinen, als ob seit dem ersten Auftreten der Influenza vor einigen Jahren diese Art der multiplen, subacut beginnenden, und doch sofort chronische Symptome zeigenden Gelenkrheumatismen recht häufig geworden sei und sich in ihrem ganzen klinischen Bilde als eine besondere Art charakterisire. — Verf. hat dabei Fälle zu verzeichnen, die bei Gebrauch von salicylsaurem Natron allein gar keine, bei Hinzunahme von abendlichen grösseren Salipyrindosen (kleine haben hier gar keinen Effect) sehr schnelle Besserung zeigen, aber bei Aussetzen von Salipyrin, selbst wenn salicylsaures Natron weiter gegeben wird, directe Verschlimmerung aufweisen. Die sonst so wohlthätige mechanische Behandlung dabei, Einreibungen, und besonders methodisch richtig ausgeübte Massage können wohl Folgezustände, Steifigkeiten, synovitische und Kapselverdickungen beseitigen, aber Salipyrin ist hierbei Souveränmittel gegen die essentielle Erkrankung, Dabei fand Verf., dass bei der geeigneten Medication profuse Schweisse eintreten, so lange der Patient noch durchseucht ist, aber trotz Medication, wenn die Krankheit erloschen ist, schweissfreie Zustände, in beiden Stadien aber bei der Medication verhältnissmässig gutes Wohlbefinden vorhanden ist.

Als auffallend muss Verf. bemerken, dass nicht alle Salipyrinpräparate gleich gute Wirkung hatten; Verf. schien das vom ursprünglichen ersten Darsteller des Mittels, Riedel in Berlin, herrührende stets besser zu wirken.

E. Siemerling: Ein Fall von schwerer Neuropsychose, ausgezeichnet durch kongenitale Anomalien des Centralnervensystems. (Charité-Annalen XVII. Jahrg. — Centralblatt für klinische Medicin Nr. 37, 1893.)

Ein 45 jähriger Mann, ohne hereditäre Belastung, erkrankt Anfangs Jänner 1882 mit Gürtelgefühl, leichter Schwäche der Beine und Parästhesien. 17. Jänner plötzliche Lähmung der unteren Extremitäten; Retentio urinae. Nach einigen Tagen Besserung. Im März: Status: Motilität an den unteren Extremitäten herabgesetzt, leichte Sensibilitätsstörungen an den Unterschenkeln, dem Abdomen, Fingerkuppen. Kniephänomen links vorhanden, rechts nicht. Geringer Anfangswiderstand bei passiven Bewegungen im Knie- und Fussgelenk. Paradoxes Phänomen. Retentio urinae. Augenbewegungen, Augenhintergrund frei. Sprache normal. December 1882: Beweglichkeit der unteren Extremitäten stark herabgesetzt, Stehen unmöglich. Sensibilität: an den Unterschenkeln aussen gut, innen nicht. Störung des Muskelgefühls in den oberen Extremitäten. Vasomotorische Störungen. 1883: Retentio urinae. Beweglichkeitsbeschränkung der unteren Extremitäten, Sensibilitätsstörung hält an. April 1883: Ausbruch einer Psychose (Paranoia chronica). November: Leichte Beugekontraktur in den Kniegelenken bei hochgradiger Parese, 1884: Flexionscontractur nimmt zu. Unregelmässige, an den Extremitäten sich gabelig theilende Hemianaesthesia dextra: aussen gute, innen herabgesetzte Sensibilität. Koncentrirte Gesichtsfeldeinengung. Gehör, Geruch, Geschmack beiderseits herabgesetzt. Magnetversuch ohne Erfolg, 1885: Paradoxe Contraction auch im Kniegelenk. Subcutane Hämorrhagien. Zunehmender Kräfteverfall. 1886: Kniephänomen fehlt beiderseits. Beugecontractur hat noch zugenommen. Sensibilitätsstörung stationär. Jänner 1887: Tod in Cachexie. — Section: erheblicher Hydrocephalus internus, Meningitis chronica der Convexität. Ependymitis chronica des 3. und 4. Ventrikels. — Mikroskopische Untersuchung: Congenitale Anomalie am Opticus. In Centralnervensystem sonst negativer Befund, ebenso im sympatischen. Leichte Veränderungen einzelner peripherischer Nerven und Muskeln (Inanition). Parenchymatöse, partielle Veränderung im Tibialis posticus.

In der an die Krankengeschichte sich anschliessenden ausführlichen Epikrise hebt Siemerling hervor, dass eine sichere Stellung der Diagnose nicht möglich war. Anfangs glaubte Siemerling an ein spinales Leiden, speciell an eine Sclerose der Medulla spinalis. Später neigte er mehr der Annahme einer blossen Neurose zu, die ja auch durch die Section bestätigt wurde. Der Fall unterscheidet sich von den 2 Fällen von Neurose, die seiner Zeit Westphal beschrieb, und die unter dem Bilde einer multiplen Sclerose verliefen, durch das Fehlen jeglicher Störung der Sprache, der Augen und der Gesichtsmuskulatur, durch das Erlöschen des Kniephänomens und durch die Retentio urinae. In Bezug auf das Zustandekommen des paradoxen Phänomens hält auch Siemerling, wie bereits andere Autoren, dasselbe nicht als den Ausdruck eines palpablen, sondern functionellen Leidens des Centralnervensystems

---

Dr. S. Goldflam: Ueber einen scheinbar heilbaren bulbärparalytischen Symptomencomplex mit Betheiligung der Extremitäten. (D. Zeitschr. f. Nerv. IV. 312.)

Auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen und der in der Literatur verstreuten Befunde zeichnet Goldflam ein neues Krankheitsbild, welches grosse Aehnlichkeit mit der Bulbärparalyse (Duchenne) zeigt, sich aber von dieser durch seine Entwicklung, den negativen anatomischen Befund und durch die Prognose unterscheidet. Zusammenfassend führt Goldflam Folgendes an:

Es erkranken vorzüglich j u g e n d l i c h e Individuen, ohne bestimmte veranlassende Ursachen. Sensible Erscheinungen fehlen fast vollständig. Erkrankungen des gesammten motorischen Systems. Beginn in den Cerebralnerven, Ptosis, Augenmuskelparese, gewöhnlicher Beginn mit Kau-, Schling- und Sprachstörungen. Die Affection ist symmetrisch. Rapide Entwicklung, in wenigen Wochen Höhepunkt. Constant betheiligt sind: Facialis (II., III. der obere Ast nicht constant); motorisch Trigeminus, Glossophar; Vagus-Accessorius, oft Hypoglossus. Daher oft respir. Beschwerden, Dyspnoe, Herzklopfen, Temperatursteigerung.

An den Extremitäten leiden gewöhnlich die proximalen Theile. Am Rumpfe besonders die Hals-, Nacken-, weniger die Bauchmuskeln. Die Parese ist mehr eine erschöpfbare Schwäche, durch Functionsübung steigert sich dieselbe zur vollständigen Lähmung. Daher anamnest. die Angabe, dass der Zustand Früh besser ist, Abend am schlimmsten.

Charakteristisch ist die Labilität der Erscheinungen. Remissionen!

Gewöhnlich keine Muskelatrophie, keine fibrillären Zuckungen keine Entartungs-Reaction — Sehnenreflexe sind gewöhnlich gesteigert, Hautreflexe normal. Athemnoth bis zur heftigsten Dyspnoe ist in letalen Fällen die Todesursache. In vielen Fällen günstiger Ausgang. Trotz der raschen Entwicklung kann die Krankheit lange dauern (bis 4 Jahre).

Differentialdiagnostisch kommt in Betracht gegenüber der Duchenne'schen Bulbärparalyse: jugendliche Individuen rasche Entwicklung, frühzeitige Betheiligung der Kaumusculatur. Augenfacialis, Mangel der Atrophie nebst fibrillären Zuckungen, Entartungs-Reaction Die Eigenthümlichkeit der Parese. Schwankungen.

Zur Erklärung der Entstehung des Krankheitsbildes denkt Goldflam an eine Toxinwirkung ohne nachweisbare anatomische Veränderungen.

Die hervorragendste Erscheinung der Erkrankung ist ihre Heilbarkeit, die mit dieser Annahme gut übereinstimmt. *R. Kolisch.*

Dr. F. Eschle: Beiträge zur Casuistik der syphilitischen Dactylitis.

Zu den seltensten Affectionen, die auf specifischer, luetischer Basis zur Entwicklung gelangen, ist die zuerst von Chassaignac im Jahre 1854 beschriebene Dactylitis syphilitica zu rechnen, deren genauere Kenntniss, in weiteren ärztlichen Kreisen erst durch die eingehende Arbeit Lewin's vermittelt wurde (Charité-Annalen IV. 1879)

LEWIN konnte in einer Beobachtungszeit von 15 Jahren, bei einem Materiale von jährlich 3—4000 Kranken in der Charité nur 6 einwandfreie einschlägige Fälle beobachten und vermochte diesen, aus der Gesammtliteratur nur 27 weitere Beobachtungen beizufügen. Verfasser vorliegenden Berichtes trachtet nun die Statistik dieser seltenen Erkrankungsform, durch vier eigene Fälle zu vermehren, deren Krankengeschichte in breitester Ausführlichkeit wieder gegeben wird; gelungen dürfte ihm dies jedoch nur mit jener der Beobachtungen sein, die als vierte angeführt erscheint und sich auf ein 8 Wochen altes abgemagertes Kind bezieht, bei welchem ausser der Fingeraffection noch andere manifeste Symptome von Syphilis (Plaques auf der Zunge, Condylome am After, etc.) zu verzeichnen waren. In den drei anderen Fällen erscheint die Diagnose weder klinisch scharf genug differenzirt, noch aber anatomisch begründet; so dass die gezogenen Schlussfolgerungen: dass nicht nur gummöse Neubildungen des Knochenmarks und des Periost's, sondern auch solche der Weichtheile Anlass zu den, unter dem Namen der syphilitica zusammengefassten Veränderungen geben können und dass die Dactilitis besonders, mit Hang zur Scrophulose resp. Tuberculose behaftete syphilitische Individuen befalle — höchst bedenklich erscheinen. *Dr. G. Nobl*

Dr. H. Roger: Ueber den nervösen Chok. (Archives de Physiologie. 1893.)

ROGER fasst die Resultate seiner (unter Mitwirkung BROWN-SEQUARD's unternommenen) Versuchen in den folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Der nervöse Chok ist der Effect einer heftigen Erregung des Nervensystems, charakterisirt durch eine Summe von Ausfallserscheinungen (actes inhibitoires), von denen nur eine Herabsetzung des Stoffwechsels constant und unerlässlich ist.
2. Der nervöse Chok stellt sich um so leichter ein, je höher entwickelt das Nervensystem ist
3. Ursachen, die die Nervenerregbarkeit erhöhen (Aufregung, Kummer) prädisponiren zum Chok; solche, welche die Nervenerregbarkeit herabsetzen. (Narkose, Winterschlaf), erschweren das Auftreten des Chok oder vermindern dessen Intensität.
4. Die auslösenden Ursachen können in zwei Gruppen eingetheilt werden, je nachdem, ob sie direct auf das Centrum wirken, (Trauma, Gift) oder ob sie indirect auf dem Wege sensorischer, sensiblen oder der Eingeweidenerven einwirken.
5. Der Chok charakterisirt sich durch eine Reihe von Erscheinungen, die sich an allen Geweben, Eingeweiden und Secreten äussern. Das Hauptsymptom ist Herabsetzung des Stoffwechsels, mit consecutiver Verminderung der Kohlensäure im venösen Blut, Veränderungen der Respiration, der Circulation und der Hautfärbung.
6. Die Therapie hat die Herabsetzung der Körperwärme zu bekämpfen und die Kohlensäureproduction zu befördern. *J. S.*

Dr. med. Paul Klemm: Indicationen zur Operation der Perityphlitis. (St. Petersb. medic. Wochenschrift, Nr. 46, 1893.)

Der Verfasser kommt zu folgenden Schlusssätzen:

Wir operiren:

1. Bei der recidivirenden katarrhalisch-ulcerösen Perityphlitis im freien Intervall, womöglich nach dem I. Recidiv. Hier machen wir die Resectio Proc vermif.
2. Bei der perforirenden abscedirenden Perityphlitis, sowie die Diagnose des Abscesses feststeht.
3. Bei der diffusen perforativen Peritonitis durch Erguss in die freie Bauchhöhle.

Wir operiren nicht:

In Fällen typischer perityphlitischer Attaquen, wie sie der ulcerös-katarrhalischen Form eigen sind und als Paradigma dieser Erkrankung dienen können. *F.*

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

Original-Correspondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Berlin, Ende November 1893.

Die Aerztekammerwahlen. — Sieg der Standesvereine.

In Verfolg unserer Mittheilungen über die Vorbereitungen zur Aerztekammerwahl berichten wir heute über den weiteren Verlauf und Ausgang derselben.

Der Verlauf stellt einen bunten, fast hartnäckigen Wahlkampf dar.

* * *

Folgende Flugblätter und Programme mögen zur Illustration dienen:

Die in der allgemeinen Aerzte-Versammlung am 30. Mai ernannte Commission zur Vorbereitung der Wahlen zur Aerztekammer hat in Gemeinschaft mit dem Geschäfts-Ausschusse der Berliner ärztlichen Standesvereine die Grundsätze festgestellt, welche die Candidaten für die Aerztekammer anzunehmen sich verpflichten sollen. Dieses Programm ist zur allgemeinen Kenntniss der Aerzte gekommen. In demselben werden verlangt wahrhaft collegiale und liberale Anschauungen. Es huldigt dem Grundsatz, dass die ärztliche Interessen bearbeitenden Vereine allen Richtungen zugänglich werden und vor Allem weder auf politischem noch auf religiösem Gebiete unduldsame Bestrebungen unterstützen. Nur auf diese Weise wird es möglich werden, eine Vereinigung aller Berliner Aerzte herbeizuführen. Eine solche Vereinigung thut noth, um unsere ohnehin schwache Stellung dem Staate, den Gemeinden und nicht am wenigsten den Verbänden gegenüber zu kräftigen. Wir freuen uns der Erfolge, die bis jetzt erzielt worden sind, wir stehen fest auf dem Boden der freien Arztwahl, deren weiteren Ausbau zu fördern alle unsere Candidaten für ihre vornehmste Pflicht erachten. Aber nicht nur die freie Arztwahl wird die Kammer beschäftigen, sondern andere hochwichtige Aufgaben hat dieselbe zu erfüllen: Der Einfluss der hygienischen Massnahmen der communalen und socialen Verbände, die Betheiligung der Kammern bei der socialhygienischen und medicinalen Gesetzgebung, und vor Allem sind unsere diesmaligen Wahlen von besonderer Bedeutung, weil wir Männer brauchen, welche bei der Entwickelung der Organisation der Aerztekammern in wahrhaft liberalem und unseren Stand förderndem Sinne hinwirken sollen. Hoffentlich wird es, nachdem der Wahlkampf beendet ist, gelingen, den Zwiespalt zu beseitigen, welcher jetzt die Aerzte Berlins in mehrere Lager theilt, und es jedem Arzte möglich machen, in denjenigen Aerzteverband einzutreten, zu dem er sich, sei es durch regionäre, sei es durch freundschaftliche Rücksichten hingezogen fühlt, indem der Wahlspruch aller Vereine wird: Hebung des ärztlichen Standes durch eigene Kraft und ernste Arbeit, Beseitigung aller den Stand schädigenden Ausschliessungen und Behinderungen der freien Entwickelung des Einzelnen.

Die vereinigten Wahlcommissionen der Berliner ärztlichen Standesvereine.

* * *

Die zum Berliner Aerztevereins-Bund vereinigten Standesvereine Berlins erlauben sich Ihnen beifolgend eine Candidatenliste für die bevorstehende Aerztekammerwahl zu übersenden. Die Liste ist durch eine Vorwahl aufgestellt worden und haben Collegen aller Parteirichtungen, welche in den Berliner Standesvereinen, sowie ausserhalb derselben vertreten sind, Berücksichtigung gefunden.

Der Frage der Honorirung der Kassenärzte steht der Berliner Aerztevereins-Bund vollkommen neutral gegenüber, da seine Mitglieder beiden Richtungen angehören, es auch genug andere ärztliche Vereinigungen gibt, denen die Erledigung dieser Frage füglich überlassen werden kann. Die Aerztekammer wird hierauf wenig Einfluss haben und mehr berufen sein, sich mit anderen Dingen zu befassen. Allerdings kann der Berliner Aerztevereins-Bund nicht umhin, der bisherigen Art und Weise der Agitation seine Billigung zu versagen, da es hierbei zu Vorgängen gekommen

ist, welche als moralische Schädigungen des gesammten ärztlichen Standes aufgefasst werden müssen. Als unumgänglich nothwendiges Mittel zur Abwehr solcher Gefahren ist die Erweiterung der Disciplinargewalt über die Aerzte — in einer den ärztlichen Interessen genügenden und den ärztlichen Verhältnissen angepassten Weise — für die staatlich anerkannten Vertretungen, die Aerztekammern, anzustreben. Sobald dies geschehen, wird auch der Berliner Aerztevereins-Bund der Einführung der freien Arztwahl bei gleichzeitiger Einführung der Bezahlung der Einzelleistung sympathisch gegenüberstehen.

In Betreff der übrigen Fragen, welche den ärztlichen Stand angehen, wie Reform der ärztlichen Ausbildung, ärztliches Versicherungswesen, Unfallgesetzgebung etc., steht der Berliner Aerztevereins-Bund im Wesentlichen auf dem Boden der Beschlüsse des Deutschen Aerztevereins-Bundes. Wenn die Aerztekammern bei allen diesen Fragen den berechtigten Wünschen der deutschen Aerzte bisher nicht den genügenden Nachdruck haben verschaffen können, so lag dies weniger an den Aerztekammern selber, als an dem ihnen ungenügend verliehenen Einfluss auf die übrigen staatlichen Organe. Diesen Einfluss zu erreichen und somit die sociale Stellung des Arztes zu heben und zu fördern, halten wir für die vornehmste Pflicht der Kammern, wie Jedes Einzelnen.

In diesem Sinne wollen wir an die Aerztekammerwahlen herantreten! Der Vorstand des Berliner Aerztevereins-Bundes.

* * *

Standen sich doch im Wesentlichen 2 Principien gegenüber: das liberale und exclusive Princip. Das liberale Princip, vertreten durch die numerisch stärkste Gruppe (ca. 500 Mitglieder der sogenannten Standesvereine), bezieht sich auf wirthschaftliche Dinge (freie Arztwahl u. dgl.) und ethische Fragen (Zulassung jedes unbescholtenen Arztes zu den Vereinen u. s. w.), — während das exclusive Princip vertreten durch eine Gruppe von ca. 300 Aerzten (Aerztevereins-Bund) von der freien Arztwahl nichts wissen will, noch viel weniger aber von jenem liberalen Aufnahme-Modus. — Neben diesen beiden Hauptgruppen figurirten auf der Wahlstatt der Verein zur Einführung freier Arztwahl, mit ca. 150 Mitgliedern, welchem das Verdienst zugeschrieben werden muss, die Wege für die Durchführung der freien Arztwahl mit Geschick und Energie geebnet zu haben; er ist als Bahnbrecher aufzufassen und dürfte demnächst, da das Princip der Freiwahl vollends obsiegen wird, seine Mission erfüllt haben, falls er nicht neue sociale Aufgaben sich selber stellt. In letzterem Falle würde dieser Verein allerdings hinübergreifen in die Sphäre der sogenannten Standesvereine, welche, auf dem Boden der freien Arztwahl ebenfalls stehend, sämmtliche social-ärztlichen Angelegenheiten behandeln. Ob dies zu Nutz und Frommen der Gesammtheit geschähe, bleibe dahingestellt. Jedenfalls hätte das Eintreten dieses Vereins in den Wahlkampf, den ihm und den Standesvereinen gemeinsamen Gegner, dem Aerzte-Bund, leicht Vorschub leisten können, da durch seine Candidatenliste eine weitergehende Stimmzersplitterung zu gewärtigen war. — In letzter Stunde noch erschienen auf der Arena ca. 100 angestellte Aerzte, und der neutrale Verein der Friedrich-Wilhelmstadt mit ca. 50 Stimmen; beide mit selbstständigen Candidatenlisten.

Für den Fernstehenden muss dieses Bunt befremdlich erscheinen. Und doch ist es erklärlich für den Eingeweihten.

Der Kampf ist verständlich, wenn man ihn, — was uns Aerzten im Allgemeinen zu schwer wird, weil der Kampf ums Dasein ohne eine gewisse Gesichtsfeldtrübung nicht abgeht, — im Spiegel der socialen Bewegung im Allgemeinen betrachtet. Hier wie da hat das Ausbeutesystem die Geister entfesselt. Der materielle und ethische Druck des früheren Krankencassensystems hat die Aerzte zur Besinnung gebracht und auf den Weg der besten Hilfe, der Selbsthilfe geführt. Daher die grosse Theilnahme der Collegen, besonders der jüngeren, an den Bestrebungen der freien Arztwahl. Das zweite hauptsächliche Kampfobject, die liberale ethische Auffassung in Bezug auf die Zulassung der Collegen zu den Vereinen, ist als Theilerscheinung der grossen Bewegung ebenfalls verständlich, wenn auch nicht zu billigen. Wie draussen im grossen Getriebe Verhetzungen verschiedenster Art Unfrieden säen, so sind, wie wir schon früher anerkennen mussten, Funken dieser Art leider auch in die Aerztekreise hinübergesprungen. Eine kleine Gruppe von Vereinen, die sich zu dem oben erwähnten Aerztevereins-Bund zusammengeschlossen hat, secessionirte aus dem Verbande (Central-Ausschuss) der Berliner Bezirks-Vereine, weil ihnen der Aufnahme-Modus durch Ballottement nicht zugestanden wurde, während sonst der Aufnahmemodus durch eine Aufnahme-Commission üblich war. Daher der Streit. Scheinbar harmlos, musste er doch, Angesichts gewisser Vorkommnisse, Angesichts der exclusiven Tendenz, als ein fundamentaler Punkt unseres ganzen Vereinslebens aufgefasst werden.

Handelte es sich doch um nichts Geringeres als um ein System, Collegen erster und zweiter Classe zu schaffen! Das konnte und durfte vom Standpunkte wahrer Collegialität, nicht zugelassen werden. Und das hat bei den Wahlen mitgespielt, so dass die Standesvereine jeden Pakt mit dem Bunde bei der Aufstellung der Candidatenliste von vornherein ablehnten. Die Standesvereine haben damit dem Princip der Selbstachtung entsprochen. Das war nicht intolerant, wie von mancher Seite angenommen wurde, sondern nur recht und billig. Toleranz gegen Toleranz. Intoleranz gegen Intoleranz. Toleranz gegen Intoleranz ist keine Toleranz, sondern Schwäche.

Nach Alledem ist es, Dank noch der Rührigkeit der ad hoc gebildeten Wahlagitations-Commissionen, erklärlich, dass fast auf der ganzen Linie die Standesvereinler gesiegt haben. Fast sämmtliche Candidaten sind gewählt. Das bedeutet den Sieg des Liberalismus in der Berliner Aerzteschaft.

Möge dieser Sieg reichlich ausgenutzt werden! Möge die neue Aerztekammer in diesem Sinne wirken zum Wohle und Heile der Gesammtheit! Möge sie dazu beitragen, das gelockerte Band der Collegenschaft wieder fester zu knüpfen, nachdem jene exclusiven Elemente von jenem pathogenen Bacillus, der auf politischem und confessionellem Gebiete leider so reichlichen Nährboden gefunden hat, sich vollkommen frei gemacht haben werden! *K.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Am 15. d. M fand unter dem Vorsitze Hofr. Prof. Billroth in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien eine administrative Sitzung statt, in welcher verschiedene Anträge des Verwaltungsrathes zur Discussion kamen. Die wissenschaftliche Verhandlung fand unter dem Vorsitze Prof. Hofmokls statt. Prof. Paltauf macht die Mittheilung, dass Prof. Escherich ihm geschrieben, dass er die von Rg.-Arzt Dr. Kowalsky beschriebenen Spirillen bei Cholera schon früher beobachtet habe. Prof. Weichselbaum weist ebenfalls nach, dass diese Vibrionen schon von anderen Beobachtern beschrieben wurden; die Zweifel, welche Rg.-Arzt Dr. Kowalsky gegen die Resultate der von ihm untersuchten Fälle von Cholera laut werden liess, müsse er entweder als einen Angriff gegen seine Wahrheitsliebe oder gegen seine Fähigkeit, Choleravibrionen zu erkennen entschieden zurückweisen. Er könne die Angriffe Kowalsky's deshalb nicht ignoriren, da die betreffenden Untersuchungen choleraverdächtiger Kranken und Leichen von der Behörde aufgetragen wurden. Solche Zweifel, wie sie Kowalsky laut werden liess, seien aber sehr geeignet, beim Laien Misstrauen zu erwecken, die Massnahmen der Sanitätspolizei zu erschüttern und die solide Basis, auf welcher diese aufgebaut sind, zu untergraben. Er müsse daher gegen die eigenthümliche Kampfesmethode Kowalsky's entschieden Einsprache erheben. Weichselbaum demonstrirt hierauf ein Darmpräparat, bei dem sich neben einer ausgebreiteten Polypose ein dreifaches Carcinom des Darmes findet, welches aus den Polypen hervorgegangen ist. Prof. Weinlechner, welcher diesen Fall in Behandlung hatte, liefert zu demselben das klinische Bild. Dr. Gustav Singer hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Ueber den sichtbaren Ausdruck und die Bekämpfung der gesteigerten Darmfäulniss» (Vorläufige Mittheilung), wobei der Vortragende die Mittheilung macht, dass es ihm gelungen sei, mittels Menthol einige Hautkrankheiten (besonders Urticaria). welche mit dem Darme in Zusammenhang zu bringen sind, zu heilen. Der von Dr. Latzko angekündigte Vortrag: «Einfluss der Chloroformnarcose auf die Osteomalacie, musste, ebenso wie die Discussion über die Vorträge

Hofrath Billroth's (Aneurysmen) und Hofrath Nothnagel's (Gefässschmerzen) wegen der vorgerückten Zeit verschoben werden. Der ausführliche Bericht findet sich in der nächsten Nummer.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Berlin. Dem Privatdocenten der Gynäkologie, Dr. A. Martin, wurde das Prädicat «Professor» verliehen.

— London. An Stelle Sir Andrew Clark wurde Dr. Russel Reynolds zum Präsidenten des Royal College of Physicians gewählt.

* Paris. Der «nationale Congress für freie Ausübung der Medicin», von dem wir bereits neulich berichteten, hat unter anderem folgende Wünsche formulirt:

1. Freie Ausübung der Medicin unter dem alleinigen Schutz der allgemein giltigen Gesetze.

2. Unterdrückung der Monopolisirung der Medicin, da ja die Aerzte den Kranken die Heilung nicht zusichern könnten.

Man darf wohl hoffen, dass über diese humoristische Episode in der Entwicklung der Medicin ruhig zur Tagesordnung übergegangen wird.

* Paris. Auf den berühmten französischen Arzt Gilles de la Tourette wurde, wie aus den Tagesblättern bereits bekannt, von einer Frauensperson ein Revolverattentat verübt. Es handelt sich hiebei nicht, wie ursprünglich verbreitet wurde, um die That einer Hypnotisirten, sondern um die einer an Verfolgungswahnsinn Leidenden. Glücklicherweise befindet sich der ausgezeichnete Gelehrte bereits ausser jeder Gefahr.

— Preisaufgaben. Die hygienische Akademie von Katalonien hat 5 Preisaufgaben veröffentlicht, an deren Bearbeitung sich Autoren aller Länder betheiligen können.

1. Hygiene des weiblichen Geschlechts (higiene de la mujer).

2. Welche hygienischen Massregeln sind für die Volksschulen erforderlich? (condiciones higiénicas quehon de reunir las escuelas des linadás la primera ensenunza).

3. Ueber die Verbreitungsstoffe des Typhus und den Modus, der Beseitigung. (medios de propagación de la fiebre tifoidea y menera de amularlos).

4. Welche Massregeln sollen die Behörden ergreifen zur Verhütung des Tuberkelcontagium? (medidas que deben tomar los municipias para evitar el contagio de la tuberculosis.)

5. Ueber ein beliebiges Thema (asunto libre).

Jeder Preis besteht in einer silbernen Medaille mit Bezeichnung des Namens und Titels des prämiirten Autors. Die Arbeiten müssen bis zum 15. Februar eingesandt sein an Sr. Dr. J. Queraltó, Ronda de San Antonio, 25 bis, pral., Barcelona. (Revista de med. y cirurgía prácticas). (Deutsche Medicinal-Zeitung Nr. 99, 1893).

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. In Galizien sind in der Woche vom 5. bis 12. December in 4 zu 4 politischen Bezirken gehörenden Gemeinden 9 Personen an Cholera erkrankt, 6 Personen (darunter 2 Kranke aus früheren Berichtswochen) gestorben. Die im Bezirke Tarnopol constatirten 5 Erkrankungsfälle sind auf eine Einschleppung aus Zalozce im Bezirke Brody zurückzuführen. Im Gerichtsbezirke Kolomea wurde die Cholera als erloschen erklärt. In der Bukowina sind keine weiteren Cholerafälle aufgetreten. Aus Ungarn wurde für die Woche vom 22.—28. November wieder eine leichte Zunahme der Zahl der Choleraerkrankungen und Todesfälle gemeldet. Die Zahl der Gemeinden, in denen Cholerafälle auftraten, hat sich zwar vermindert, von 22 auf 14, die Zahl der Neuerkrankungen ist aber von 37 auf 45, jene der Todesfälle von 21 auf 26 gestiegen. In Bosnien-Hercegowina ist in der Woche vom 16.—22. November eine kleinere Zahl von Erkrankungen, eine grössere von Todesfällen an Cholera angezeigt worden, als in der Vorwoche, die Zahl der inficirten Gemeinden, um eine gestiegen. In 17 Gemeinden waren 57 (Vorwoche 61) Personen erkrankt, 33 (Vorwoche 27) gestorben. — Deutsches Reich. In der Woche vom 26. November bis 2. December sind im Stromgebiete der Oder in Gartz a. d. O., Gollnow und in einem Orte des Kreises Ueckermünde 5 Erkrankungen, 1 Todesfall, im Kreise Niederbarnim 2 Erkrankungen an Cholera festgestellt worden. — Italien. In Palermo, wo die Cholera angeblich bereits erloschen war, sind Ende November täglich 6—7 Personen an Cholera gestorben. Einzelne Fälle ereigneten sich auch in Bagheria nächst Palermo, ferner in mehreren Orten der Provinzen Caserta und Campohasso. — Russland. In den Gouvernements Kiew und Wolhynien ist die Choleraepidemie im Zurückgehen begriffen. — Rumänien. Cholerafälle sind in Rumänien nicht mehr vorgekommen. — Türkei. Im Monate November wurde die Zahl der in Constantinopel täglich vorgekommenen Cholerafälle auf 45—50 veranschlagt.

* Influenza. Wien. Die letzte Woche ist eine sehr grosse Anzahl von Erkrankungfällen zur Beobachtung gekommen; der Percentsatz der Todesfälle ist jedoch ein weit geringerer als bei den Epidemien der vorhergegangenen Jahre.

* Todesfall. Venedig. Dr. Engel Minich, Senator des Königreichs Italien, Redacteur der Rivista Veneta di Scienze mediche, ehemaliger supplirender Professor der Chirurgie an der Universität Padua. Er vermachte sein ungefähr auf 3 Millionen Francs sich belaufendes Vermögen grösstentheils der Accademia die Scienze lettre ed arte in Venedig. — In London starb an einer in Folge einer Verwechslung ihm gereichten Chloraldosis der englische Physiker John Tyndall, 73 Jahre alt.

* Eine Monatsschrift für praktische Wasserheilkunde und verwandte Heilmethoden (Mechano- und Elektrotherapie) wird unter Mitwirkung von Professor Eulenburg-Berlin, Professor Rosenbach-Breslau, Sanitäts-Rath Barwinski-Elgersburg und einer Reihe bekannter Hydropathen demnächst unter der Redaction von Dr. A. Krüche in München im Verlag von Seitz und Schauer daselbst erscheinen. Die Monatsschrift verfolgt den Zweck, durch Austausch praktischer Erfahrungen den Aerzten in Stadt und Land genaueren Einblick in die Verwerthung dieser wichtigen Heilfactoren zu geben. — Durch jede Buchhandlung, sowie direct vom Verlag sind Probenummern kostenfrei zu beziehen.

Aerztliche Stellen.

Districtsarztesstelle in Rozniatów (Galizien). Dolinaer Bezirk, mit 15 Gemeinden, 541 Qu.-Kilom. Flächenausmass und 20.981 Einw. Gehalt 700 fl., Reisepauschale 400 fl. Gesuche sind bis 25. December 1893 an den Bezirksausschuss in Dolina einzusenden.

Districtsarztesstelle in Weldzirz (Galizien), Dolinaer Bezirk, mit 18 Gemeinden, 935 Qu.-Kilom. und 15.857 Einw. Gehalt 700 fl., Reisepauschale 400 fl. Gesuche sind bis 25. December l. J. an den Bezirksausschuss in Dolina einzusenden.

Districtsarztesstelle für den Sanitätsdistrict Treffen (Kärnten) mit dem Wohnsitze daselbst. Mit dieser Stelle ist eine jährliche Remuneration von 700 fl. und zwar 150 fl. aus dem Kärntner Landesfonde und 550 fl. von den Gemeinden nebst den übrigen durch das Gesetz vom 9. Februar 1884, L.-G.-Bl. Nr. 7, und der bezüglichen Gebühren-Vorschrift gesicherten Bezügen verbunden. Bewerber um diesen Dienstposten, mit welchem die Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke und die Einhaltung einer zweimonatlichen gegenseitigen Kündigungsfrist, sowie die monatlich einmalige unentgeltliche Armenordination in den Gemeinden Afritz, Feld und Arriach verbunden ist, haben ihre ordnungsmässig belegten Gesuche entweder unmittelbar oder im Wege ihrer vorgesetzten Behörde bis 20. Jänner 1894 an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Villach einzusenden.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Pränumerations-Einladung.

Mit I. Jänner 1894 beginnt ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.** Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom I. Jänner 1893 ab erhalten unsere Abonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende December erlischt, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"
Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9.